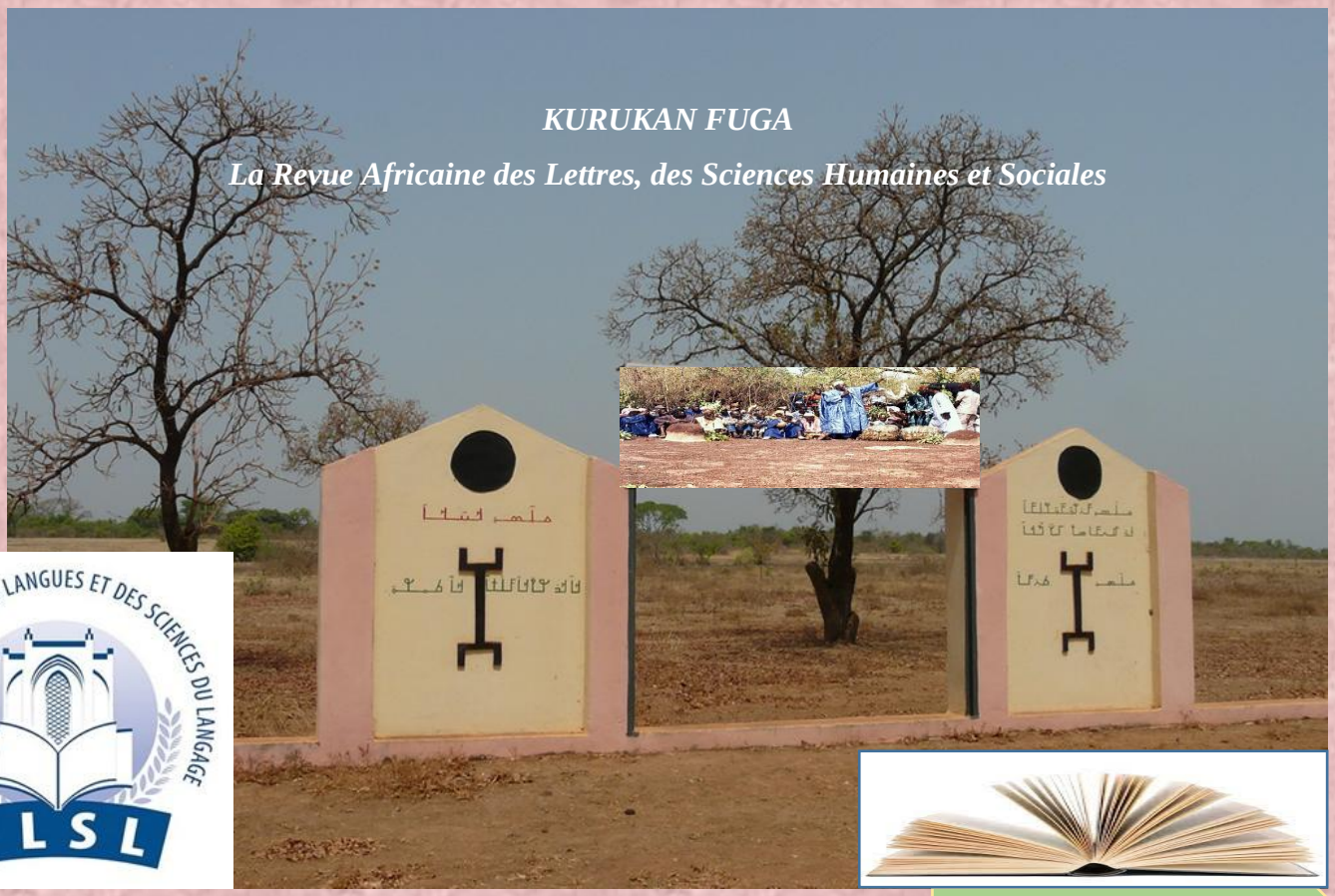
KURUKAN FUGA

La Revue Africaine des Lettres, des Sciences Humaines et Sociales

TREIZIEME NUMERO DE LA REVUE AFRICAINE DES LETTRES, DES SCIENCES

KURUKAN FUGA
VOL : 4-N°13
MARS 2025



ISSN : 1987-1465

Website : http://revue-kurukanfuga.net

E-mail : revuekurukanfuga2021@gmail.com

VOL : 4-N°13 MARS 2025

Bamako, Mars 2025

KURUKAN FUGA

La Revue Africaine des Lettres, des Sciences Humaines et Sociales

ISSN : 1987-1465

E-mail : revuekurukanfuga2021@gmail.com

Website : http://revue-kurukanfuga.net

Links of indexation of African Journal Kurukan Fuga

COPERNICUS	MIR@BEL	CROSSREF	SUDOC	ASCI	ZENODO
https://journals.indexcopernicus.com/search/details?id=129385&lang=ru	https://reseaumirabel.info/revue/19507/Kurukan-Fuga	https://search.crossref.org/search/works?q=kurukan+fuga&from_ui=yes	https://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=4/TTL=1/SHW?FRST=5	https://ascidatabase.com/masterjournallist.php?v=16126	https://zenodo.org/communities/rkf/records?q=&l=list&p=1&s=10&sort=newest

DIRECTEUR DE PUBLICATION

- *Prof. MINKAILOU Mohamed (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*

REDACTEUR EN CHEF

- *Prof. COULIBALY Aboubacar Sidiki (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali) -*

REDACTEUR EN CHEF ADJOINT

- *SANGHO Ousmane, **Maitre de Conférences** (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*

COMITE DE REDACTION ET DE LECTURE

- SILUE Lèfara, Maitre de Conférences, (Félix Houphouët-Boigny Université, Côte d'Ivoire)
- *KEITA Fatoumata,* Maitre de Conférences *(Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako)*
- *KONE N'Bégué,* Maitre de Conférences *(Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako)*
- *DIA Mamadou,* Maitre de Conférences *(Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako)*
- *DICKO Bréma Ely,* Maitre de Conférences *(Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako)*
- *TANDJIGORA Fodié,* Maitre de Conférences *(Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*
- *TOURE Boureima,* Maitre de Conférences *(Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*
- *CAMARA Ichaka,* Maitre de Conférences *(Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*

- *OUOLOGUEM Belco,* Maitre de Conférences *(Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako)*
- *MAIGA Abida Aboubacrine,* Maitre-Assistant *(Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*
- DIALLO Issa, *Maitre de Conférences* (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)
- KONE André, *Maitre de Conférences* (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)
- DIARRA Modibo, *Maitre de Conférences* (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)
- MAIGA Aboubacar, *Maitre de Conférences* (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)
- DEMBELE Afou, *Maitre de Conférences* (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)
- *Prof. BARAZI Ismaila Zangou* (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)
- Prof. N'GUESSAN Kouadio Germain (Université Félix Houphouët Boigny)
- Prof. GUEYE Mamadou (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako)
- Prof.TRAORE Samba (Université Gaston Berger de Saint Louis)
- Prof.DEMBELE Mamadou Lamine (Université des Sciences politiques et juridiques de Bamako,Mali)
- Prof.CAMARA Bakary, (Université des Sciences politiques et juridiques de Bamako,Mali)
- SAMAKE Ahmed,Maitre-Assistant (Université des Sciences politiques et juridiques de Bamako,Mali)
- *BALLO Abdou, Maitre de Conférences* (Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Mali)
- *Prof.FANE Siaka* (Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako,Mali)
- *DIAWARA Hamidou, Maitre de Conférences* (Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako,Mali)
- *TRAORE Hamadoun, Maitre-de Conférences* (Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako,Mali)
- *BORE El Hadji Ousmane Maitre de Conférences* (Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako,Mali)
- *KEITA Issa Makan, Maitre-de Conférences* (Université des Sciences politiques et juridiques de Bamako,Mali)
- *KODIO Aldiouma, Maitre de Conferences* (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako)
- *Dr SAMAKE Adama* (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)
- *Dr ANATE Germaine Kouméalo, CEROCE, Lomé, Togo*
- *Dr Fernand NOUWLIGBETO, Université d'Abomey-Calavi, Bénin*
- *Dr GBAGUIDI Célestin, Université d'Abomey-Calavi, Bénin*
- *Dr NONOA Koku Gnatola, Université du Luxembourg*
- *Dr SORO, Ngolo Aboudou, Université Alassane Ouattara, Bouaké*
- *Dr Yacine Badian Kouyaté, Stanford University, USA*
- *Dr TAMARI Tal, IMAF Instituts des Mondes Africains.*

COMITÉ SCIENTIFIQUE

- *Prof. AZASU Kwakuvi (University of Education Winneba, Ghana)*
- *Prof.ADEDUN Emmanuel (University of Lagos,Nigeria)*
- Prof. SAMAKE Macki, *(Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*

- *Prof. DIALLO Samba (Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Mali)*
- *Prof. TRAORE Idrissa Soïba, (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali)*
- *Prof. J.Y.Sekyi Baidoo (University of Education Winneba, Ghana)*
- *Prof. Mawutor Avoke (University of Education Winneba, Ghana)*
- *Prof. COULIBALY Adama (Université Félix Houphouët Boigny, RCI)*
- *Prof. COULIBALY Daouda (Université Alassane Ouattara, RCI)*
- Prof. LOUMMOU Khadija (Université Sidi Mohamed Ben Abdallah de Fès, Maroc.
- Prof. LOUMMOU Naima (Université Sidi Mohamed Ben Abdallah de Fès, Maroc.
- Prof. SISSOKO Moussa (Ecole Normale supérieure de Bamako, Mali)
- Prof. CAMARA Brahima *(Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako)*
- *Prof. KAMARA Oumar (Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako)*
- Prof. DIENG Gorgui (Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal)
- Prof. AROUBOUNA Abdoulkadri Idrissa (Institut Cheick Zayed de Bamako)
- Prof. John F. Wiredu, University of Ghana, Legon-Accra (Ghana)
- Prof. Akwasi Asabere-Ameyaw, Methodist University College Ghana, Accra
- Prof. Cosmas W.K.Mereku, University of Education, Winneba
- Prof. MEITE Méké, Université Félix Houphouet Boigny
- Prof. KOLAWOLE Raheem, University of Education, Winneba
- Prof. KONE Issiaka, Université Jean Lorougnon Guédé de Daloa
- Prof. ESSIZEWA Essowè Komlan, Université de Lomé, Togo
- Prof. OKRI Pascal Tossou, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- Prof. LEBDAI Benaouda, Le Mans Université, France
- Prof. Mahamadou SIDIBE, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako
- Prof.KAMATE André Banhouman, Université Félix Houphouet Boigny, Abidjan
- Prof.TRAORE Amadou, Université de Segou-Mali
- Prof.BALLO Siaka, *(Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Mali*

TABLE OF CONTENTS

N°	Auteurs & Titres	Pages
01	ZAKARI Aboubacar, ANALYSE SOCIOLOGIQUE DE LA TRAJECTOIRE D'INSERTION PROFESSIONNELLE DES DIPLOMES DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE DE L'UNIVERSITE ANDRE SALIFOU : CAS DES DIPLOMES DE LA FILIERE ASSISTANT DE DIRECTION (AD) PROMOTION 2016	01-12
02	SORO Adama, SANOKO Bakary & Vamara KONÉ, HYBRIDITY IN LESLIE MARMON SILKO'S CEREMONY: TRANSGRESSION, RESTORATION AND A PROSPECT OF HUMAN UNIFICATION	13-26
03	YAO Grégoire Anahet, FROM IPSEITY TO OTHERNESS: A CONTRASTING FACET IN TRUMP'S CAMPAIGN SPEECH (2016) IN WISCONSIN	27-36
04	KOLO N'Golo, CAMARA Sekou, ORPAILLAGE ET SECURITE ALIMENTAIRE AU MALI : CAS DE LA COMMUNE RURALE DE M'PESSOBA	37-49
05	BERTHE Lassina, DIALLO Issa, OUATTARA Issa, EFFETS DE LA DEPIGMENTATION SUR LES FEMMES UTILISATRICES A L'HÖPITAL DERMATOLOGIQUE DE BAMAKO	50-61
06	KOIVOGUI Boye, COULIBALY Modibo Zoumana, DIANE Lanfia, KABA Moussa, UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE COMMUNICATION (TIC) DANS LES ACTIVITES AGRICOLES DE LA COMMUNE RURALE DE KARIFAMORIAH, PREFECTURE DE KANKAN, EN GUINEE	62-76
07	TOGOLA Bakaye, INVESTIGATING THE IMPACT OF WESTERN IMPERIALISM IN THE SAHEL: THE CASE STUDY OF THE ALLIANCE OF SAHEL STATES (AES)	77-87
08	DOUYON Amadou, TRAORÉ Adama & GOITA Yacouba, PERFORMANCES SCOLAIRES AU D.E.F DANS L'ACADEMIE D'ENSEIGNEMENT DE MOPTI (2012-2022) : ANALYSE DES DISPARITES DE GENRE ET IMPLICATIONS POUR LES POLITIQUES EDUCATIVES	88-98
09	TRAORÉ Nassoum Yacine, ANALYSE DES REPRÉSENTATIONS DU POUVOIR ET DE L'HOMME DANS LA CHANSON SANUNƐGƐNIN (PETIT FER EN OR) DE TARA BOUARÉ (KALA- MALI)	99-111

10	*TOUGOUMA Dieudonné,* *LES IMPLICATIONS ÉTHIQUES DES TECHNOLOGIES ÉMERGENTES : NJOH MOUELLE ET L'URGENCE D'UNE RÉGULATION SUPRANATIONALE*	*112-126*
11	*BOUGMA Moussa,* *PAUVRETE ET ACCES DES ENFANTS A L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR A OUAGADOUGOU*	*127-140*
12	*TANGARA Oumar, DIARRA Mamy, DIARRA Karim, BAGAYOKO Thierno B,* *ANALYSE DE LA DYNAMIQUE DES ENTREPRISES INDUSTRIELLES DE LA REGION DE SEGOU : CAS DU CERCLE DE SEGOU, MALI*	*141-149*
13	*BA Cheick Oumar, ZONGO Alphonse Nongma,* *IMPACTS DE LA SOCIETE MINIERE D'OR DE GOUNGOTO SUR LE DEVELOPPEMENT SOCIO-ECONOMIQUE LOCAL DANS LA COMMUNE RURALE DE KENIEBA, CERCLE DE KENIEBA*	*150-161*
14	*KOUMA Daouda, ZONGO Alphonse Nongma,* *REPRESENTATIONS SOCIALES DU TRAVAIL ET DE LA MOTIVATION DES EMPLOYES : CAS DE LA SOCIETE NATIONALE D'ÉLECTRICITE DU BURKINA A OUAGADOUGOU*	*162-176*
15	*LE BI Le Patrice,* *ADVOCATING FOR AN INNOVATIVE AND OPEN PERCEPTION OF EXTENSITY AS A FULLY-FLEDGED GRAMMATICAL CATEGORY*	*177-191*
16	*TANGARA Modibo,* *LE DISCOURS D'ACCOMPAGNEMENT DE NOUVEAUX CIRCONCIS CHEZ LES BAMANAN DU MAASINA : ÉTUDE ETHNOLINGUISTIQUE ET STRUCTURALE*	*192-201*
17	*AROU Oumarou,* *PERSISTANCE DU PALUDISME AU MALI : L'EXEMPLE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES DE L'ASSOCIATION DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE BANCONI (A. SA.CO.BA)*	*202-215*
18	*COLY Roger, SENE Abdourahmane Mbade,* *INFRASTRUCTURES MODERNES ET ENCLAVEMENT PERSISTANT : LE PARADOXE DU DEVELOPPEMENT DES TRANSPORTS DANS LA REGION DE ZIGUINCHOR (SENEGAL)*	*216-232*
19	*DIDE Kamondan Vincent,* *LA PAROLE OUTRAGEUSE EN PAYS WE : TYPOLOGIE ET ESTHETIQUE D'UN GENRE*	*233-244*
20		*245-261*

	MOUTORE Yentougle, ***TERRORISME ET VULNERABILITE URBAINE A DAPAONG (TOGO)***	
21	***AWADE Essodina & BAWA Dangnisso*** ***IDENTIFICATIONS DES FACTEURS DE DEGRADATION DES SOLS DANS LE BASSIN VERSANT DE KPELOU ET LUTTE ANTIEROSIVE (NORD-EST DU TOGO)***	***262-276***
22	***TINTO Boureima , LOMPO Mamadou, SANOU Kwéssé Moïse & ADOUABOU Basile Aoupoaoune,*** ***CARTOGRAPHIE DES FEUX DE BROUSSE DE LA RESERVE DE BIOSPHERE TRANSFRONTALIERE DU W/BURKINA FASO***	***277-290***
23	***KANOUTE Bassy,*** ***IMPACT DE LA MALNUTRITION SUR LE DEVELOPPEMENT PHYSICO-COGNITIF DES ENFANTS AU MALI***	***291-301***
24	***BASSANE Ernest,*** ***SOUPIRS OU DE LA POÉSIE DE LA RÉSILIENCE CHEZ KADIATA DICKO : DU COMBAT DES ARMES AU COMBAT DES MOTS***	***302-311***
25	***DEMBELE Souleymane, CISSE Mahamadou & GUIROU Alibourou,*** ***DETERMINANTS DE LA CORRUPTION DANS LE CADRE DE LA DECENTRALISATION DANS LA COMMUNE II DE BAMAKO ET DE BAGUINEDA***	***312-326***
26	***TOGOLA Ousmane Mamadou,*** ***COMMERCE BILATERAL ENTRE LA REPUBLIQUE DE GUINEE CONAKRY ET LE MALI DE 2000 A 2020***	***237-345***
27	***MARIKO Bourama,*** ***RETHINKING ANCIENT EGYPTIAN CIVILIZATION BEYOND GREEK AND ROMAN LENSES FROM A POSTCOLONIAL PERSPECTIVE***	***346-370***
28	***DIAWARA Nana Kadidia,*** ***ÉTHIQUE : FORMATION ET EMPLOYABILITE***	***371-380***
29	**COULIBALY Zakaria & TOGOLA Souleymane,** **DISMEMBERMENT OF SLAVE FAMILIES IN THE PERIOD OF SLAVERY: CAUSES AND ULTERIOR OBJECTIVES IN THE NARRATIVES OF *OLAUDAH EQUIANO* AND *FREDERICK DOUGLASS***	***381-389***
30	***MAIGA Aboubacar Ab., SANOGO Adama & TOGOLA Hawa Boubacar,***	***390-406***

	L'IMPLICITE DANS LE DISCOURS LITTERAIRE : UNE ANALYSE DES ENJEUX IMPLICITES A TRAVERS LES PRESUPPOSES ET LES SOUS-ENTENDUS	
31	**BADO Baguima Sylvain,** **SAVOIRS PAYSANS ET PRATIQUES CULTURALES, UN ART AU CŒUR DES MYTHES *LYELA***	***407-417***
32	***TRAORE Assa Dramane,*** ***LES DANGERS DE L'AU-DELA ET LEURS ESQUIVES DANS LES TEXTES FUNERAIRES DE L'ÉGYPTE ANCIENNE***	***418-433***
33	***OUADJA N'Nigmatoui & DIPO Ilaboti,*** ***LES RITES FUNERAIRES CHEZ LES BIKPAKPAAM AVANT LA CONQUETE COLONIALE***	***434-443***
34	***DEMBELE Dabéré, BAMBA Fatogoma & MOUSSA Djibrilla*** ***ESTIMATION D'UN SEUIL D'ALERTE DE RISQUE D'INONDATION PLUVIALE EN COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO***	***444-456***
35	***DIAKITE Youssouf,*** ***ANALYSE DES FACTEURS DE GRAVITE DU CHOC D'ACCIDENTS DE LA ROUTE ET DE TRAUMATISMES A BAMAKO***	***457-466***
36	**DANSIRA Diafily,** **ANALYZING TYPES OF CODE SWITCHING IN CAMARA LAYE'S *DRAMOUSS***	***467- 475***
37	***LIGAN Charles Dossou,*** ***LANGUES NATIONALES ET VULGARISATION DES RESULTATS DE RECHERCHE : LA VOIE DE LA TERMINOLOGIE***	***476- 487***
38	***SANOU Maïmouna,*** ***LA PEUR DE VIEILLIR, ENTRE REPRESENTATIONS SOCIALES ET PRATIQUES ENVERS LES PERSONNES AGEES EN INCAPACITES FONCTIONNELLES GRAVES A BOBO-DIOULASSO, AU BURKINA FASO***	***488-502***
39	***KONE Kassoum,*** ***LA CONTRACEPTION A L'EPREUVE DES DISCOURS ET REPRESENTATIONS SOCIALES A KOUMANTOU***	***503-512***
40	***TOURE Abdoulaye, MAIGA Abdoulaye et TRAORE Dramane L*** ***CAPITAL SOCIAL ET CROISSANCE ECONOMIQUE AU MALI : ANALYSE DE LA DYNAMIQUE A LONG TERME***	***513-531***

Revue KURUKAN FUGA

Vol. 4, N°13, pp. 202 – 215, Mars 2025
Copy©right 2025 / licensed under CC BY 4.0
Author(s) retain the copyright of this article
ISSN : 1987-1465
DOI : https://doi.org/10.62197/OYCT8379
Indexation : Copernicus, CrossRef, Mir@bel, Sudoc, ASCI, Zenodo
Email : RevueKurukanFuga2021@gmail.com
Site : https://revue-kurukanfuga.net

La Revue Africaine des Lettres, des Sciences Humaines et Sociales
KURUKAN FUGA

PERSISTANCE DU PALUDISME AU MALI : L'EXEMPLE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES DE L'ASSOCIATION DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE BANCONI (A. SA.CO.BA)

AROU Oumarou,

Enseignant vacataire au département de sociologie et d'anthropologie de la Faculté des Sciences Humaines et des Sciences de l'Éducation (FSHSE) de l'Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), E-Mail: oumarouarou1@gmail.com

Résumé
Cet article analyse pourquoi, aujourd'hui, le paludisme continue de persister chez les femmes enceintes malgré la prise en charge par le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) et l'appui des Partenaires techniques et financiers (PTF) à l'Association de santé communautaire de Banconi (A. SA.CO.BA). Conformément à l'objectif assigné, c'est la méthode qualitative que nous avons utilisée. En effet, l'entretien semi-directif et l'observation directe ont été effectués. L'échantillon aléatoire simple et la technique de la saturation ont permis de déterminer le nombre des enquêtés. Aux termes de cette étude, les résultats révèlent qu'un certain nombre d'acteurs intervient dans cette problématique de la persistance du paludisme chez les femmes enceintes de l'A.SA.CO.BA. Ainsi, nous avons d'abord les acteurs politiques, ensuite les professionnels de santés et enfin, les malades et leurs tuteurs. En outre, il faut noter les facteurs épidémiologiques, environnementaux, d'hygiènes, d'assainissement, économiques, comportementaux et des pratiques des acteurs qui favorisent la persistance du paludisme au Mali. La recommandation que nous faisons à l'endroit des politiques, des soignants et des malades est de conjuguer leurs efforts de façon holistique dans ce combat contre la persistance du paludisme malgré l'appui du PNLP, des PTF et malgré la disponibilité de toutes les stratégies de prévention du paludisme comme la chimio-prévention saisonnière (CPS), la pulvérisation intra-domiciliaire (PID) et les moustiquaires imprégnées à longues durées (MILD.
Mots clés : : femmes enceintes, persistance du paludisme, PNLP, PTF, soignants

****

Abstract
This article analyzes why malaria continues to persist among pregnant women today, despite the support provided by the National Malaria Control Program (PNLP) and the support of Technical and Financial Partners (PTF) to the Banconi Community Health Association (A. SA.CO.BA). In accordance with the assigned objective, we used the qualitative method. In fact, the semi-directive interview and direct observation were carried out. The simple random sample and the saturation technique made it possible to determine the number of respondents. According to this study, the results reveal that a certain number of actors intervene in this problem of the persistence of malaria among pregnant women in the A. SA.CO.BA. Thus, we first have the political actors, then the health professionals and finally, the patients and their guardians. In addition, it is necessary to note the epidemiological, environmental, hygiene, sanitation, economic, behavioral factors and practices of the actors that favor the persistence of malaria in Mali.

Key words : pregnant women, persistence of malaria, PNLP, TFP, caregiverss.

Cite This Article As : AROU O. (2025). "PERSISTANCE DU PALUDISME AU MALI : L'EXEMPLE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES DE L'ASSOCIATION DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE BANCONI (A. SA.CO.BA). » *Kurukan Fuga*, 4(13), 202–215. https://doi.org/10.62197/OYCT8379

Introduction

La malaria ou le paludisme est une maladie connue des pays tropicaux à travers le type de climat que partagent ces pays. Le vecteur principal du paludisme est l'anophèle. Cette maladie a longtemps duré dans les contrées africaines, notamment à l'échelle nationale. Elle constitue un problème de santé publique pour les pays africains, freine la cadence du développement économique de l'Afrique à travers le chômage qu'elle provoque chez des milliers de personnes en les empêchant de travailler. Sur le plan humain, le paludisme ôte la vie à des milliers de femmes enceintes. Le paludisme est la cause de la morbidité et de la mortalité. C'est la cause principale des consultations prénatales (CPN) dans les formations sanitaires chez les parturientes. Cette maladie cause des complications et des hospitalisations pendant l'accouchement chez les femmes enceintes.

La présence du paludisme au Mali est due à un certain nombre de facteurs comme la situation géographique, l'hygiène et l'assainissement. La pauvreté des malades et de leurs familles les empêche d'y faire face. Autrement dit, ils ont des difficultés en ce qui concerne la prise en charge de cette maladie. Malgré le taux élevé de la morbidité et celui de la mortalité que le paludisme entraîne en Afrique, il reste ignoré par un bon nombre de patients. Ce comportement est remarquable aussi bien chez les malades que chez leurs parents et proches. Le paludisme est donc perçu de façon banale. En effet, les malades et leurs parents font recours à différents moyens afin de le traiter. Si certains malades se rendent dans hôpitaux ou centres de santé, d'autres préfèrent se rendre chez les guérisseurs traditionnels. Il y a même certains malades qui préfèrent se rendre en brousse pour chercher un remède contre leur maladie. Ainsi, le paludisme est vécu et perçu de manières diverses par les acteurs (malades, soignants, responsables communautaires, tradithérapeutes, politiques) Tidiane NDOYE (2009)[1].

Le fait que beaucoup de concitoyennes banalisent le paludisme s'explique par sa longue présence dans les contrées africaines, ce qui fait qu'elle est une maladie populaire. Les signes qui indiquent qu'une personne fait le paludisme sont connus presque de tous, ce qui fait que la prise en charge du paludisme n'est pas seulement l'apanage des cliniciens. Les signes étant connus, beaucoup de citoyens se permettent de traiter le paludisme en allant voir des herboristes, des vendeurs des comprimés paludiques que les commerçants ambulants vendent de façon illicite au lieu d'aller au centre de santé spécialisé.

[1] NDOYE Tidiane. (2009). La société sénégalaise face au paludisme : politiques, savoirs et acteurs.

Ainsi, pour prévenir le paludisme, des arsenaux préventifs ont été mis en place par les gouvernements pour stopper cette maladie. Parmi ces stratégies nous avons la chimio-prévention intermittent (CPI), la pulvérisation intra-domiciliaire (PID), la chimio-prévention, qui était pour les enfants avant (maintenant c'est chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans), la CPN recentrée, la chimio-prévention saisonnière et l'utilisation des moustiquaires imprégnées de longue durée (MILD) et l'assainissement total, c'est-à-dire la pulvérisation intra-domiciliaire et extra-domiciliaire. La problématique de cette étude est ainsi posée : Pourquoi le paludisme continue-t-il de persister chez les femmes enceintes, malgré la gratuité du paludisme par le PNLP, la prise en charge médicale et l'appui des partenaires techniques et financiers ? Qu'en est-il de la prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes de l'A.SA.CO.BA? Quelles sont les parts de responsabilité des soignants, des politiques et des femmes enceintes dans la persistance du paludisme ? Ainsi, l'objectif principal est d'appréhender les causes de la persistance du paludisme, malgré la prise en charge par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et l'appui des partenaires techniques et financiers (PTF) dans l'aire de santé de Banconi.

Cet article s'articule autour d'une méthodologie et la présentation des données de terrain. L'analyse se termine par une discussion des résultats de l'étude.

I. Méthodologie

La méthode qualitative basée sur des entretiens individuels de type semi-directif a été utilisée Olivier DE SARDAN Jean-Pierre (2014)[2]. Aussi, la recherche documentaire a été convoquée. Ces approches et cette recherche documentaire permettent de saisir plus finement les perceptions des femmes enceintes et les soignants. L'étude s'est déroulée à l'A.SA.CO.BA de Bamako. Le travail consistait à choisir au hasard des femmes enceintes afin de comprendre leurs perceptions des causes de la persistance du paludisme, malgré sa prise en charge par le PNLP et l'appui des partenaires techniques et financiers dans la prévention de cette maladie. Ce choix au hasard permet à chaque enquêté d'avoir la chance de figurer dans l'échantillon. S'agissant des femmes enceintes, 23 ont été interrogées contre 3 pour les personnels de l'Association de santé communautaire de Banconi (A. SA.CO.BA) dont le directeur technique du centre (DTC), la sage-femme et un infirmier soit au total 26 personnes enquêtées. Ces personnes ont été interrogées dans les structures de santé et dans les ménages, dans un souci de représentativité de l'échantillon du point de vue caractéristiques. Au plan éthique, les initiales des prénoms et noms des enquêtés ont été utilisées pour garder leur anonymat. Pour le traitement des données, nous avons procédé à l'analyse des discours des enquêtés.

2. Résultats

Dans cette séquence, nous allons présenter les différents résultats obtenus expliquant les causes de la persistance du paludisme chez les femmes enceintes de l'aire de santé de l'Association de santé communautaire de Banconi (A. SA.BA).

[2]Jean Paul Olivier DE SARDAN (2004), « La rigueur du qualitatif. L'anthropologie comme science empirique, » in : *Espaces Temps*, 84-86, 2004. L'opération épistémologique. Réfléchir les sciences sociales. p 41.

2.1.L'automédication à base de médecine traditionnelle

Cette pratique thérapeutique de l'accès palustre est très fréquente au Mali, pêle-mêle, aussi bien chez les intellectuels que chez les illettrés, chez les riches et les moins riches. Les raisons qui poussent les gens à suivre cet itinéraire thérapeutique sont souvent personnelles et se justifient surtout par l'appartenance culturelle de certaines personnes. La plupart de nos enquêtés nous disent avoir opté pour le traitement à base de feuilles d'arbres et d'écorces d'arbre. Bien qu'ils soient en ville, ils n'excluent pas cette pratique ancestrale. La croyance au traitement avec les arbres est vivace à cause de leur vertu en termes de médicament et en termes de protection contre les mauvaises personnes. L'une de nos interviewés nous a dit n'avoir jamais utilisé les médicaments des docteurs pour son traitement de paludisme. Elle dit qu'elle utilise exclusivement des décoctions, des feuilles d'arbres et des écorces. Selon elle, ces feuilles d'arbres et écorces la guérissent et elle ne connait pas de cas de récidive de la maladie :

> « Moi, je fais ma prise en charge de paludisme uniquement en famille ici même. Je ne pars pas au centre de santé. Quand je ne me sens pas bien seulement, je pars chez une vieille femme qui est tradithérapeute ; elle réside dans le quartier. Une fois chez elle et quand je lui explique les manifestations de mon malaise seulement, d'abord, elle commence à faire des incantations pendant un moment et après elle me masse la tête avec et me donne aussi 7 à 8 feuilles d'arbres différents et accompagnés d'une poudre de décoction de traitement du paludisme. Arrivée à la maison, je prépare les feuilles d'arbres dans une marmite et dès que c'est frais, je bois une quantité que je peux et je mets une autre quantité dans le sceau pour me laver pendant 4 jours, matin et soir. En tout, je ne donne que 350f à la vieille comme le prix des médicaments et pour elle aussi.
>
> (Extrait d'un entretien avec une femme enceinte âgée de 28 ans).

Cette femme préfère le traitement de son paludisme à travers la médecine traditionnelle ; elle privilégie la médecine traditionnelle. Pour la prise en charge du paludisme, une frange de la population malienne se ravitaille auprès des herboristes et les vendeurs ambulants des comprimés pharmaceutiques. Cette pratique peut s'expliquer selon le niveau d'instruction des malades et de leur tuteur, le pouvoir d'achat et le problème d'accès aux soignants et aux médicaments, ce qui les pousse à prendre l'itinéraire thérapeutique dit médecine traditionnelle.

2.2.La gouvernance de la santé

Il y a des facteurs exogènes qui expliquent les causes de la persistance et de l'ampleur du paludisme au Mali. D'abord, le gros problème, c'est que notre pays se trouve dans une zone qui est l'épicentre même de cette maladie par rapport aux autres continents du monde PNLP, Plan Stratégique, (2013-2017)[3].

> Les causes de la persistance du paludisme au Mali s'expliquent avec un certain nombre de facteurs qui sont : d'abord, le Mali se trouve

3 PNLP, Plan stratégique de lutte contre le paludisme (2013-2017), op. cit.p.19.

> dans une zone d'endémicité palustre ; ensuite, les moyens pour contribuer à la prévention du paludisme ne sont pas bien gérés : il y a insuffisance dans la coordination de tous ces appuis et également le manque de leadership responsable de l'Etat et l'insuffisance de la gouvernance. (Entretien individuel avec un responsable département paludisme, Psi-Mali, 2023).

Les moyens disponibles pour la lutte contre le paludisme contribuent fortement à la prévention de cette maladie. Cependant, il y a une insuffisance dans la coordination de ces actions de lutte contre cette maladie. C'est au gouvernement de prendre des mesures pour la bonne gestion de ces acquis afin de les utiliser à bon escient dans la prévention du paludisme au Mali. Il faut qu'il y ait des sanctions contre ceux qui ne suivent pas les consignes ou n'exécutent pas correctement les tâches qui leur sont confiées. Ce n'est pas seulement la disponibilité des kits, mais c'est aussi la gestion et le sérieux dans le travail qui permettent de gagner le combat contre cette maladie. Une part de responsabilité incombe aussi à l'État : la sensibilisation sur la maladie.

Les sages-femmes qui sont dans les CSCom, CSRéf et CHU ne doivent pas se limiter seulement à donner des comprimés aux femmes enceintes pendant leur consultation prénatale (CPN) ; elles doivent les sensibiliser sur les conséquences de la maladie pendant la phase de la grossesse pour la parturiente, leur expliquer que cette maladie peut constituer des complications, voire une hospitalisation et, encore pire, que cela peut ôter la vie à la femme enceinte et aux enfants de moins de cinq ans JFFRÉ, Y., & Olivier de Sardan, J.- P. (2003)[4].

2.3. Contradiction de l'itinéraire de soins

Avant d'entrer dans le débat alarmant entre les actions des politiques publiques de développement des pays du Nord et les besoins et attentes des populations des pays du Sud, nous avons effectivement ce clivage dans l'ouvrage de B. DU JARDIN (2003)[5]. Il fait l'État des écarts et des clivages d'approches qui se nouent entre le Nord et le Sud par le sciage du poids du Nord qui non seulement offre des interventions, mais aussi dicte ces projets et programmes correspondant aux populations du Sud, en l'occurrence par l'inverse, on assiste à la passivité et au refus de s'approprier aussi ces programmes et projets des pays du Sud que le Nord leur impose sans les concerter avant d'implanter ces initiatives. Les pays du Sud étant es bénéficiaires, leur avis est primordial dans la prise des décisions. C'est à leurs dirigeants de dire si toutefois les programmes et projets du Nord correspondent et répondent aux attentes et aux besoins des populations concernées. De ce fait, pour B. DU JARDIN, les échecs des programmes et projets de santé et les aides aux développements des pays du Nord dans les pays du Sud sont inéluctables, car cela est prévisible à travers leur comportement, leur façon d'implantation, d'intervenir et d'aborder les populations du Sud.

---

4 Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). (dir.). Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris : Karthala.p.79.

[5] DU JARDIN B., 2003, *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un dialogue constructif*, Paris, Editions Karthala, Diffusion Charles Léopold Mayer.

Cet écart d'incompréhension est aussi apparent à l'échelle de l'objectif porté sur les mesures de prévention du paludisme. L'objectif de ces stratégies de prévention porté par les politiques publiques, qui est de lutter contre le paludisme et de diminuer le taux de prévalence du fléau du paludisme se trouve en déphasage avec l'usage que font les bénéficiaires de ces mesures préventives. Certaines personnes utilisent les moustiquaires pour d'autres besoins que de dormir dedans afin de prévenir le paludisme comme convenu lors de la remise de ces kits anti-paludéens dans les formations de santé pendant les consultations prénatales (CPN). En somme, pour résumer les clivages d'approches de l'intervention des programmes de développement des pays du Nord destinés pour les pays du Sud, nous remarquons quelque part que leur échec peut être dû à la non-prise en compte d'une étude de faisabilité de ces projets et programmes en amont destinés aux pays africains.

Les contradictions des politiques de santé sur le terrain sont aussi visibles dans l'association de santé communautaire de Banconi (A. SA.CO.BA). Ainsi, le test de laboratoire (GE) et la CPN sont payants par les malades, ce qui constitue un blocage pour les femmes enceintes de la catégorie pauvre : elles ne peuvent pas en bénéficier. On parle de gratuité, mais quand les malades vont dans les structures de santé, le ticket de consultation est de 500F au niveau CSCom et au niveau CSRéf, c'est 750F. Cette contradiction se trouve notamment dans l'ouvrage de OLIVIER DE SARDAN J. P., RIDDE V (2012) *L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. Les contradictions des politiques publiques* et dans celui de Bruno DU JARDIN B., 2003, *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un dialogue constructif.* Les politiques de santé que le gouvernement met en place ne correspondent pas toujours aux besoins réels ni aux attentes effectives de la population, ce qui fait qu'il y a des fossés entre ce qui est écrit théoriquement par les politiques et ce qui se pratique dans les structures sanitaires. Au Mali, le système de santé reste dépendant du financement de l'extérieur dans son fonctionnement, ce qui fait que sa pérennité pose problème en cas de disfonctionnement (crise, conflit, coup d'État, etc.).

Le mauvais accueil et la mauvaise parole des soignants impactent la fréquentation des parturientes, puisque quand elles ont un mauvais vécu avec les sages-femmes elles ne reviennent plus pour les consultations prénatales (CPNL) et cela diminue le taux de fréquentation des femmes enceintes. Un autre problème qui bloque le système de santé, c'est que quand les femmes enceintes viennent dans les structures de santé, elles trainent trop pour attendre leur tour et cela les démotive. Il y a certaines femmes enceintes aussi qui refusent de se faire consulter par une matrone jeune à cause de l'écart d'âge important entre elles et cette dernière. Les incongruités de la gouvernance de la santé sont dues au fait que certains agents de santé ne respectent pas les directives et c'est rare de voir des cas de sanctions pour ces manquements. Un exemple palpable du non-respect des directives est que les commandes sont faites en retard, ce qui cause des ruptures de stock de SP et de moustiquaires imprégnées à longue durée. Ce clivage entre soignants et soignés est analysé dans l'ouvrage de Tidiane NDOYE & Assani ADJAGBE (2005)[6].

[6] Tidiane NDOYE & Assani ADJAGBE, Négociations des normes de prise en charge du paludisme en Côte d'Ivoire et au Sénégal, 2005, p.210, in VIDAL Laurent, Abdou Salam

« Quoi que ces programmes soient inspirés et en partie pris en charge par des organisations non-gouvernementales, il revient évidemment aux structures sanitaires publiques et à leurs personnels soignants de les mettre quotidiennement en œuvre : ce qui ne laisse de révéler des écarts importants entre théories et pratiques, entre normes officiellement préconisées en mises en applications effectives ». Pierre DOZON (2005).

Également comme facteurs contribuant à la persistance du paludisme, il y a la difficulté chez certaines femmes à avaler les antipaludiques comme l'SP, le respect du dosage et l'observance du traitement ou, grave encore, l'arrêt du traitement une fois que le malade sent de l'amélioration. Au cours de cette recherche nous avons constaté que l'auto-médicament est un fait réel chez une bonne partie des malades. En cas de symptôme du paludisme, ils commencent d'abord leur traitement à domicile en prenant des médicaments avec les herboristes, des feuillets d'arbre moins cher ou encore des comprimés avec les vendeurs ambulants de « la pharmacie par terre ». L'utilisation de ces itinéraires thérapeutiques s'explique par le fait que ces médicaments sont non seulement moins chers, mais aussi très accessibles.

Dans le cadre de la prévention du paludisme, de nombreuses initiatives ont été prises par les gouvernants pour mener une lutte efficace contre cette malade. Entre autres, il y a eu la rencontre d'Abuja (Nigeria) en avril 2000, l'initiative « Faire reculer le paludisme » (Roll Back Malaria en anglais) en 1999. À l'échelle nationale, le PNLP travaille en étroite collaboration avec plusieurs institutions de recherche qui mènent des activités sur la lutte contre le paludisme avec le Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires (DEAP) du Malaria Research and Training Center (MRTC), la Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) et la Faculté de pharmacie (FAPH) de l'Université des Sciences Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T.B.) et l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP).

Il y a une contradiction avec les populations dans l'utilisation des services de soins. Il est très fréquent de voir qu'une fois que le paludisme survient, une bonne partie de la population ne respecte pas le circuit de soins élaboré par le gouvernement. Ils brûlent le niveau CSCom pour aller se soigner au CSRéf ou au CHU. À ce niveau de déphasage, on peut émettre les questions suivantes : Est-ce que la population a connaissance de la différence qui existe entre les niveaux de prise en charge du paludisme ? Est-ce un manque de confiance qui pousse certains usagers à brûler le circuit de soins élaboré par le ministère de la Santé ?

Certes, le malade a le plein droit de choisir le niveau de structure de santé (que ce soit du 1er, 2ème ou du 3ème niveau de prise en charge), mais l'idéal est qu'il commence son traitement au CSCom pour les cas de paludisme simple, puisque ce sont des médecins qui s'occupent des patients à ce niveau et ont suivi la même formation à la Faculté de médecine comme tous ceux qui se trouvent dans les CSRéf et CHU. Sinon l'avantage de commencer sa prise en charge au niveau inférieur, c'est que des fois les centres de santé comme les CSRéf et CHU peuvent être débordés de patients et la personne est obligée de passer assez de temps pour être consultée et

---

FALL, Dakouri GADOU : les professionnelles de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoirs et pratiques, L'Harmattan, préface de Jean –Pierre DOZON, 2005.

aussi les intrants qu'on prescrit au CSRéf et CHU sont des spécialités qui coûtent cher. En revanche, dans les CSCom, le patient économise son temps, mais aussi finance moins, car ce sont les médicaments D C I (Dénominateur Commune Internationale) qui sont prescrits aux malades.

À ce niveau les contradictions existent à la fois au niveau opérationnel et au niveau des soins. Les soignants manipulent les informations pour gagner de l'argent en cachant aux patients les vraies informations. Mais il y a une pratique qui est fréquente dans les structures de santé au Mali, c'est le favoritisme. Ce phénomène n'est caché de personne aujourd'hui. Il suffit d'avoir un parent soignant dans une formation sanitaire pour avoir des avantages ou être mieux pris en charge que les patients ordinaires qui viennent se soigner sans aucune relation avec les soignants. La population aussi, à son niveau, fait des pratiques illégales avec l'utilisation des cartes d'Assurances Maladies Obligatoire (AMO), en faisant bénéficier, en plus de l'assuré, d'autres personnes, qui ne sont pas assurées, avec la même carte, pour avoir les avantages de prise en charge de soins et des produits.

En ce qui concerne les soins, les populations ne suivent pas la pyramide sanitaire comme cela a été instruit par le ministère de la Santé. Le 3ème échelon est le niveau où on fait la prise en charge des maladies spécifiques, c'est-à-dire les maladies compliquées qui dépassent les compétences des Centre de Santé Communautaires (CSCom) et des Centre de Santé de Référence (CSRef). Alors, d'autre patients en cas de maladies commencent directement leur traitement dans les Centres Hospitaliers Universitaires ; cela, pour des raisons de qualification des personnels et l'équipement du plateau technique en termes de matériels et la disponibilité des personnels soignants en termes de quantité et de qualité (spécialistes). Il est fréquent, quand on part dans les CSCom et les CSRef, de voir que les soignants s'occupent peu des malades, et c'est ce qui ne devrait pas avoir lieu en principe. En plus de leur tâche qui est la prise en charge des malades les personnels soignants des CHU doivent avoir aussi un moment de recherche, c'est-à-dire qu'ils doivent faire des productions scientifiques (écrire des articles) et suivre des formations pour leur performance. Ce sont toutes ces conditions, au niveau opérationnel de soins, qui impacte la qualité de la prise en charge des malades.

« C'est la communication, la méconnaissance, l'ignorance du système de santé et le manque de confiance ! Si une personne part au CSRéf ou au CHU pour la prise en charge du paludisme simple, c'est qu'il n'y a pas eu de communication. Certes, le malade a le droit d'aller se faire soigner là où il le souhaite. C'est son droit. Sinon de façon technique pour le paludisme simple, on ne doit pas sauter sur le CSCom pour aller se faire soigner ailleurs. Même un infirmier peut faire la prise en charge du paludisme simple, a plus forte raison nous les médecins. Nous suivons les mêmes formations avec les médecins qui sont dans les CSRéf et CHU, la même école de médecine ! Donc, l'aspect de plateau technique ne doit pas intervenir dans la prise en charge du paludisme simple. Sinon la prise en charge du paludisme simple au niveau du CSCom est très économique en termes de temps et de dépense et encore les frais des médicaments ne sont pas les mêmes : le CSCom fonctionne avec la dénomination commune internationale (DCI) qui sont moins chers pour les malades, par contre les CSCom et les CHU, eux, privilégient les médicaments génériques essentiels (MGE) ou de spécialité qui coûtent plus cher ». (Point focal palu, A. SA.CO.BA).

Selon l'analyse de notre point focal palu de l'Association de santé communautaire de Banconi, le système de santé n'est pas respecté par les malades dans la prise en charge du paludisme. Pour lui, les causes du non-respect du système de santé peuvent s'expliquer par la méconnaissance même du système de traitement du paludisme par les malades. Il ajoute aussi, que ce sont les liens de parentés ou de connaissance, qui orientent certaines patientes également vers ces hôpitaux de 3ème référence du système de santé dans la prise en charge du paludisme, l'en occurrence les CSCOM et CSREF. Sinon, ils suivent les mêmes formations à l'école de médecine, bien qu'il y ait la question de l'équipement du plateau technique qui entre dans la qualité de la prise en charge des malades. Mais chez certains malades aussi, la cause de leur non-respect de la pyramide de soin s'explique par leur accessibilité à l'hôpital. Si le malade a un parent qui travaille au niveau du CHU, donc il est plus facile pour lui d'être pris en charge au CHU qu'au niveau du CSCom ou du CSRéf où la prise en charge du paludisme est indiquée par l'État. (Point focal palu, A. SA.CO.BA).

2.5. Motifs des malades dans la demande et l'offre de soins paludiques

Le clivage entre la prise en charge technique et le rapport de parenté avec le professionnel de santé au Mali est un est aspect qui est repandu dans tous les services. C'est pourquoi le domaine de la santé ne fait pas exception à ce phénomène. Pour beaucoup de personnes, la raison de leur fréquantation d'une structure de santé se justifie par les connaissances qui se trouvent dans ledit centre de santé. Les malades savent qu'ils seront pris en charge à temps et dans de bonnes conditions, ce qui serait le contraire dans une structure de santé où ils ne connaissent pas le médecin soignant. Bref, les liens permettent aux malades de bénéficier de certaines faveurs. Ce clientélisme fait que beaucoup de malades et leur tuteur ou tutrice vont se faire consulter dans tel ou tel centre de santé d'autant plus que nous sommes au Mali, où les relations humaines pèsent lourdement sur les directives mêmes du protocole de prise en charge. Il est fréquent de rencontrer au centre de santé des personnes qui viennent pour se soigner de la part d'une personne interposée. Le médecin se voit obligé de s'occuper de ce genre de malades, même s'ils ne remplissent pas toutes les conditions pour être pris en charge.

3- Discussion

Ce travail cherche à comprendre pourquoi le paludisme continue de persister et de prendre de l'ampleur chez femmes enceintes à l'A.SA.CO.BA, malgré la gratuité de cette maladie, la disponibilité des nouvelles stratégies et l'appui des partenaires techniques et financiers à côté de l'État malien. Une partie des résultats obtenus révèle que les contre-performances sont dues aux relations quotidiennes qui se nouent entre les soignants et les patients à longueur de journée. En conséquence, les contre-performances dans la charge du paludisme doivent être perçues comme un maillage complexe de pratiques des soignants soumis à des difficultés structurelles, interactionnelles, sociales mais aussi aux tergiversations d'une santé publique qui n'est pourtant pas mal outillée. Tout n'est donc pas imputable aux populations à travers leurs comportements thérapeutiques. Autrement dit, la réussite des programmes de prise en charge d'une pathologie telle que le paludisme relève grandement

d'une série d'interprétations des normes par les soignants. Les causes de la persistance du paludisme nécessitent une prise en charge holistique. Tidiane NDOYE (2007)[7]

Quant aux rapports entre soignants et patients, un adage malien dit : *« La prononciation de la bonne parole au malade est un médicament pour lui, ça le guérit. »* Les rapports entre soignants et soignés constituent un déterminant qui entre dans le traitement de la maladie. D'ailleurs, on doit se référer à la définition donnée par l'OMS (1947) que la santé est « un état de bien-être complet physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cela justifie que la prise en charge du côté mental et social du patient doit être prise en compte dans le traitement de la maladie. Nous sommes en Afrique, et précisément au Mali, où le respect des cheveux blancs (personnes du troisième âge) et des aînés et l'entraide sont des éléments qui sont inculqués aux enfants par les parents dans la famille, dans les rues, dans les transports communs et dans les formations sanitaires ; bref, partout.

Selon JFFRÉ, Y., & Olivier de Sardan, J.- P. (2003)[8], dans l'ouvrage « *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest »*, l'accueil ne se limite pas aux échanges de salutations, préalables à toute interaction. L'accueil, ce sont toutes les manières de considérer (regarder, écouter). L'accueil est différent selon la catégorie sociale que l'on a, d'où l'existence de disparité entre l'accueil réservé aux malades issus de familles aisées et celui réservé à ceux qui sont issus de familles démunies. L'accueil dépend également des relations de parenté ou de collaboration. Le gros problème de la prise en charge des malades dans le service se trouve dans la communication entre médecin et malade. Les médecins ne prennent pas souvent suffisamment de temps pour échanger avec les malades. Ils n'expliquent pas bien aux malades la maladie dont ils souffrent. Il y a également le manque de communication sur la thérapie que le médecin compte utiliser dans sa prise en charge.

L'hôpital étant ''un passage obligé'' ; il constitue aujourd'hui un « casse-tête » pour les patients, surtout pour ceux qui sont de la couche vulnérable (femme enceinte et enfant). À cet effet, Moredelet (1990) affirme : « *L'hôpital doit dépasser sa mission curative traditionnelle et être véritablement conçu comme une structure sanitaire au service de la santé publique* »[9]. Ce lieu est devenu aujourd'hui un espace que certains soignants utilisent à des fins commerciales. C'est ainsi que les relations entre soignant et soigné laissent à désirer, comme si le serment prêté devant l'effigie d'Hippocrate n'est que du verbiage. Cette sociabilité des Maliens dans les formations sanitaires a été mentionnée dans l'étude de JAFFRÉ : Les services de santé "pour de vrai". Dans cette étude, l'auteur dit que les patients abordent différentes dimensions de la

---

[7] Tidiane NDOYE, (2007); VIDAL L., FALL A.S, GADOU D. (2005) (éds.) *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest, entre savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan.

8 Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). (dir.). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.* Paris : Karthala.p.79.

9 MORDELET P., *Discours d'ouverture des journées d'Abidjan*, ACODESS, Juin 1990, in Abdoulaye KONE, « l'Hôpital public au Mali » Université Cheikh Anta Diop de Dakar, thèse de doctorat en Droit de l'Environnement et de la Santé, 2019.

pratique médicale et détaillent sous la forme d'un réquisitoire précis de nombreux gestes qui, au quotidien de la routine, pourraient sembler anodins :

> "On ne m'a pas salué", "la porte du cabinet était ouverte", "ils n'ont pas honte", "il y a des privilégiés qui passent avant". Vient ensuite un regard critique sur la consultation et sur certains effets pervers du dispositif d'enregistrement des cas de la santé publique : " Ils sont plus préoccupés par les papiers que les malades", "on ne m'a pas touché", "ils délivrent seulement des ordonnances". Ces remarques soulignent, en filigrane, que les patients évaluent la " qualité" des services qui leur sont offerts en fonction de leurs propres normes. Il s'agit toujours de souhaiter une grande proximité sociale (Yannick Jaffré 1999)[10].

La qualité des soins contribue à la prévention du paludisme, avec la disponibilité du personnel soignant en termes de qualité, c'est-à-dire qu'il y ait des soignants qualifiés dans leur travail pour répondre à la demande et à l'attente des patients. Si le personnel soignant n'est pas bien qualifié, alors cela a un impact sur le bon fonctionnement, le diagnostic et le traitement de la maladie, d'où la justification de notre recherche « les causes de la persistance et de l'ampleur du paludisme chez femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans ». La disponibilité du personnel en termes de quantité contribue également à l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Cependant, force est de constater que la question de disponibilité du personnel en termes de qualité et de quantité pose problème dans nos formations de santé au Mali.

En somme, il faut reconnaître qu'il y a des femmes enceintes qui refusent de prendre les comprimés paludéens sous prétexte que les intrants à avaler sont trop pour elles. La pharmacienne de l'ASACOBA nous a même dit que par fois elle est témoin de certaines disputes devant son comptoir entre un mari et son épouse, comme le mari qui lui dit : *« Tu vois, elle ne prendra même pas ces médicaments-là »*. Un autre comportement qui est fréquent aussi chez beaucoup de parturientes, c'est le suivi du traitement du paludisme jusqu'à terme, sans l'interrompre. Elles peuvent bien commencer le traitement, mais dès qu'elles commencent à avoir de l'amélioration, elles arrêtent de prendre les médicaments. Dans ce cas, s'il y a rechute, la maladie revient avec une autre forme ; et là, sa prise en charge devient plus compliquée qu'avant.

Avec cette posture, malgré la prise en charge du paludisme par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), l'appui des partenaires techniques et financiers et l'avancée notoire de la recherche du paludisme aussi bien dans sa prévention que dans son traitement, ne peut-on pas dire que les malades ont leur part de responsabilité dans cette problématique des causes associées à la persistance et à l'ampleur du paludisme chez la femmes enceinte et enfants de moins de cinq ans dans les aires de santé de la commune III et VI du district sanitaire de Bamako ? L'État, les partenaires et les soignants ne peuvent que faire leurs devoirs. Aux malades et à leurs parents également de faire leur devoir. D'une part, c'est la

---

10 Yannick Jaffré, « Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 17 | 1999, mis en ligne le 04 octobre 2006, Consulté le 16 mai 2014. URL : http://apad.revues.org/475

négligence même des malades face à la maladie qui fait que cette maladie persiste. Même si le soignant a la bonne volonté de suivre son malade, quelque part, c'est le malade lui-même qui bloque le processus du traitement.

> *« On commence le traitement, le symptôme disparaît, la maladie est là et on stoppe le traitement ; et quand la maladie revient, ça revient sous une autre forme ou bien avec une autre résistance* ; *il s'habitue déjà aux médicaments. Bon, c'est ce qui amène le surdosage. »* (K. S., infirmier).

Selon, cet infirmier l'observance de la maladie est à suivre par le patient jusqu'à ce qu'il se sente guéri. Sinon, la rupture du traitement compromet non seulement la guérison mais aussi complique la prise en charge du paludisme pour les cas de rechute de la maladie.

> *« Quelque part la cause de la persistance du paludisme en Afrique est aussi le fait que le palu n'existe pas beaucoup en France et dans beaucoup de pays européens, puisque ça ne constitue pas pour eux une préoccupation majeure. Sinon la COVID-19 est récente par rapport au paludisme. Elle est venue et tout de suite ils ont pris ça au sérieux. Et pourquoi ? C'est parce que ça fait des destructions là-bas qu'ils ont pris ça au sérieux » (*L. T, 47 ans, enseignant et tuteur d'un garçon de 5 ans à Faladiè).

En décryptant les propos de cet enseignant, on peut dire que c'est parce que le paludisme ne fait pas de ravages en Europe, or ce qui fait des ravages, c'est ce que les gens prennent au sérieux. Et aujourd'hui, il existe des vaccins contre la COVOD-19, la rougeole, puisque ce sont des problèmes mondiaux. Mais on n'est pas jusqu'à présent parvenu à mettre en place un vaccin contre le paludisme qui existe depuis plus d'un siècle et, d'ailleurs, fait plus de ravages que le COVID et n'importe quelle autre maladie, même si les modes de transmissions ne sont pas les mêmes.

> *« La pauvreté est là, mais l'entretien, nous sommes trop négligents avec notre santé. » (*A.S, 36 ans, directeur adjoint d'une ONG intervenant dans la prévention du paludisme au Mali).

La pauvreté peut ne pas nous empêcher de nous débarrasser de nos ordures, de rendre notre environnement propre. Il y a des choses qui sont là, qui ne dépendent pas de nous ; ce sont des choses qui dépassent nos compétences. Par exemple, mettre en place un vaccin. Tout le problème de l'Afrique, c'est la négligence. Ce qui dépend de nous, c'est notre propre propriété, tuer les moustiques, dégager les tas d'ordures. Oui, la pauvreté est un facteur de la persistance du paludisme en Afrique, mais quelles que soient les conditions économiques d'une personne, il faut respecter l'hygiène pour éviter certaines maladies. La pauvreté ne peut pas empêcher une personne de rendre sa cour, sa maison, son environnement propres quand même ! La pauvreté entre beaucoup plus dans le cadre du traitement, les analyses et le paiement des médicaments, puisque quand ceux-ci sont trop chers, on ne peut pas les utiliser ; on n'utilise que les DCI et autres. La pauvreté ne doit pas empêcher quelqu'un de s'occuper de sa propre propriété ; cela ne dépend quand même pas de la pauvreté. Tant qu'il y a des ordures entassées

partout à Bamako, les moustiques se reproduiront, piqueront et repiqueront les gens, et le paludisme ne peut pas être vaincu. Il persistera !

> « *Nous les médecins, nous sommes confrontés à beaucoup de problèmes avec les malades dans l'exercice de notre métier. Tu prescris une ordonnance pour ton malade, tu fais ta dose normale, tu lui donne rendez-vous la semaine prochaine, mais le malade, dès qu'il se sent mieux, ne revient plus. Et pourtant toi, tu voulais revoir l'évolution de la maladie et ajouter ce qu'il faut dans le traitement et lui, il ne revient plus. Et si tu voies qu'ils reviennent à l'hôpital, c'est que la maladie a recommencé. Souvent on appelle les malades au téléphone et ils te disent : "Hein, je suis guérie, docteur !" Des fois dans leurs compréhensions si nous les soignants, nous les appelons c'est qu'on a quelque chose à gagner (tu veux avoir de l'argent avec eux). Voilà la mentalité de certains malades aussi à notre égard. Ça aussi, c'est un autre problème avec certains malades. Comment la maladie peut finir ? C'est ça le problème, tout le problème c'est ça. C'est décevant, c'est le comportement de beaucoup de personnes au Mali.* » (Sage-femme A. SA.CO.BA).

Cette sage-femme dévoile, les difficultés d'ordre médical et comportemental qu'elle rencontre dans la prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes. Selon, elle la cause de la persistance de cette maladie résulte du comportement des malades et non de l'inefficacité du protocole de prise en charge du paludisme. Les professionnels de la santé font de leurs mieux pour faire comprendre les enjeux de la maladie ; mais hélas, certaines patientes ne sont pas collaboratrices dans la prise en charge.

Il est à noter également que le niveau d'instruction faible des malades et de leurs tuteurs/tutrices impacte négativement le taux de fréquentation des structures de santé. De ce fait, la maturité intellectuelle intervient aussi dans les causes de la persistance et de l'ampleur du paludisme chez la femme enceinte. L'État fait des compagnes de sensibilisation. Cependant, si le niveau d'étude de la personne n'est pas avancé, la sensibilisation ne peut pas faire changer le comportement de la personne vis-à-vis du respect des mesures préventives du paludisme.

Toute étude présente des difficultés, surtout l'immersion d'un anthropologue dans une structure sanitaire. De ce fait, l'observation devient donc un espionnage pour les professionnelles de santé. Du côté des soignants, on a été confronté au retard le matin à cause des visites du staff autour des malades. Également, l'administration ne nous a pas accordé assez de temps pour l'approfondissement de notre enquête. Il y a eu de la réticence.

Conclusion

Pour conclure, nous pouvons dire que les acteurs politiques, les soignants, l'administration hospitalière, les malades et les tuteurs des enfants de moins de cinq ans ont tous leur part de responsabilité dans cette problématique de la persistance et de l'ampleur du paludisme. Bien

qu'il y ait des facteurs[11] qui favorisent le paludisme il faut reconnaître que le comportement de certains acteurs est déterminant dans persistance de ladite maladie au Mali.

Bibliographie

DU JARDIN B., 2003, *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un dialogue constructif*, Paris, Editions Karthala, Diffusion Charles Léopold Mayer.

Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.

Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). (dir.). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.* Paris : Karthala.p.79.

Jean-Pierre DOZON, 2005, préface du livre : VIDAL Laurent, Abdou Salam FALL, Dakouri GADOU : *les professionnelles de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoirs et pratiques*, L'Harmattan, 2005.

Jean Paul Olivier DE SARDAN (2004), « La rigueur du qualitatif. L'anthropologie comme science empirique », in *Espaces Temps*, 84-86, 2004. L'opération épistémologique. Réfléchir les sciences sociales. p. 41.

MORDELET P., *Discours d'ouverture des journées d'Abidjan*, ACODESS, Juin 1990, in Abdoulaye KONE, « l'Hôpital public au Mali » Université Cheikh Anta Diop de Dakar, thèse de doctorat en Droit de l'Environnement et de la Santé, 2019.

NDOYE Tidiane. (2009). La société sénégalaise face au paludisme : politiques, savoirs et acteurs.

PNLP, Plan stratégique de lutte contre le paludisme (2013-2017), op. cit.p.19.

Tidiane NDOYE & Assani ADJAGBE, 2005, « Négociations des normes de prise en charge du paludisme en Côte d'Ivoire et au Sénégal, », p.210, in *VIDAL Laurent, Abdou Salam FALL, Dakouri GADOU : les professionnelles de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoirs et pratiques*, L'Harmattan, préface de Jean –Pierre DOZON.

Tidiane NDOYE, (2007); VIDAL L., FALL A.S, GADOU D. (2005) (éds.) *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest, entre savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan.

Yannick Jaffré, « Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 17 | 1999, mis en ligne le 04 octobre 2006, Consulté le 16 mai 2014. URL : http://apad.revues.org/475.

[11] Tels que la situation géographique et climatique, notre pays par rapport au pays européens ou le climat n'est pas un vecteur qui empire d'avantage leur taux de paludéen par rapport à l'Afrique.