

Vol. 5, N°18, pp. 153– 172, Juin 2026
Copy©right 2024 / licensed under CC BY 4.0
Author(s) retain the copyright of this article
ISSN : 1987-1465
DOI : <https://www.doi.org/10.62197/CJRP1368>
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*

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES RELATIVES AU PALUDISME

ET A LA DIARRHEE DANS PREFECTURE DE FARANAH

BERETE Bakary, Sociologue, Centre de recherche et de Vulgarisation de l'Aulacodiculture,
Université Julius Nyerere de Kankan, E- bakaryberete708@gmail.com

Mariame Doubaro DIALLO, Sociologue, Université Julius Nyerere de Kankan,

Bréma Ely DICKO, Université Yambo Ouologuem de Bamako

Résumé : Le paludisme et la diarrhée sont des maladies répandues dans la préfecture de Faranah en République de Guinée. Ces pathologies constituent une véritable préoccupation sanitaire pour les populations et pour les responsables du système de santé. Les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) sociales ont des incidences sur les choix thérapeutiques. L'objectif général est de comprendre les CAP des populations relatives à la santé de la mère et de l'enfant. Il s'agit de voir comment la mise en œuvre des activités du projet a contribué à l'évolution positive des connaissances, attitudes et pratiques ayant trait à la santé maternelle et infantile. L'hypothèse qui a servi de fil conducteur à cette recherche est « la mise en œuvre des activités du projet Maternal Child Health Integrated Program (MCHIP) a contribué à améliorer les CAP des populations face à la santé de la mère et de l'enfant ». Dans le but de produire des connaissances fiables sur les effets induits par le projet MCHIP ; il a été opportun d'associer les avantages des recherches qualitatives et quantitatives. Les enquêtes quantitatives ont porté sur les femmes et hommes bénéficiaires du projet. Dans le cadre des enquêtes qualitatives, recours a été fait à deux catégories de groupes : hommes et femmes. Les techniques du questionnaire et du focus group ont été utilisés pour la collecte des données. L'étude a montré que les mères ont des connaissances sur les signes, causes et prévention du paludisme et de la diarrhée. Ces niveaux de connaissances ont des effets sur les attitudes des mères relatives aux choix thérapeutiques. Des pratiques appropriées et inappropriées ont été identifiées, décrites et analysées relatives aux conduites des mères dans la recherche des soins.

Mots clés : Connaissances, attitudes, pratiques, paludisme et diarrhée.

Abstract : Malaria and diarrhea are diseases highly recognized in Faranah Prefecture. These diseases are a real public health concern for the population and for health system officials. Social knowledge, attitudes, and practices (KAP) influence therapeutic choices. The general objective is to understand the effects of the MCHIP project on the population's KAP regarding maternal and child health. It aims to see how the implementation of project activities has contributed to the positive development of knowledge, attitudes, and practices related to maternal and child health. The research hypothesis was that the implementation of MCHIP project activities contributed to improving the population's KAP regarding maternal and child health. In order to produce reliable knowledge on the effects induced by the MCHIP project in the field of maternal and child health, it was appropriate to combine the advantages of qualitative and quantitative research. The quantitative surveys focused on women and men benefiting from the project. As part of the qualitative surveys, two categories of groups were used : men and women. Questionnaire and focus group techniques were used for data collection. The study showed that

mothers have knowledge about the signs, causes, and prevention of malaria and diarrhea. These levels of knowledge affect mothers' attitudes regarding therapeutic choices. Both appropriate and inappropriate practices were identified, described, and analyzed in relation to mothers' behaviors in seeking care. Key words: Knowledge, attitudes, practices, malaria, and diarrhea.

Introduction

Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé a entrepris des réformes pour renforcer le système de santé et améliorer la couverture sanitaire en vue d'assurer un bien-être à la population Guinéenne. Ces réformes s'inscrivent dans le cadre de l'engagement du gouvernement à l'atteinte des Objectifs pour le développement durable (MS, 2016).

En 1996, l'atelier d'élaboration de la stratégie nationale des services à base communautaire a été réalisé dans le but d'obtenir un cadre de référence pour les activités communautaires. Tous les acteurs sont conscients de la nécessité et de l'importance de l'engagement du niveau communautaire dans l'amélioration du bien-être de la population. Toutefois, il a été constaté que les multiples démarches pour arriver à la participation communautaire sont disparates et faiblement coordonnées ne permettant une bonne synergie d'actions. Cela s'explique par le niveau de connaissance, attitude et pratique des populations par rapport à la santé de la mère et de l'enfant.

Dans le souci de rendre effective l'application des grands principes directeurs tels que l'Alignement, l'Appropriation, l'Harmonisation (AAH), la responsabilité partagée, la gestion axée sur les résultats, la décentralisation, et l'intégration des activités, le Ministère de la Santé (MS) et ses partenaires ont initié et mis en œuvre des projets et programmes de santé à base communautaire depuis plus d'une décennie. L'un de ces projets est MCHIP, Financé par l'USAID qui a évolué dans la préfecture de Faranah.

C'est pour comprendre les effets que ce projet a eu sur les connaissances, attitudes et pratiques que les populations ont de la santé maternelle et infantile à Faranah que cette recherche a été menée. Les raisons qui sous-tendent le choix du sujet sont :

- la santé communautaire est une des stratégies de mise en œuvre de la promotion de la santé. Elle consiste au maintien et à l'amélioration de l'état de santé au moyen de mesures promotionnelles, préventives et curatives réalisées par des équipes pluridisciplinaires faisant largement appel à la participation active de la communauté. L'intervention des Agents Communautaires (AC) et des organisations communautaires est indispensable pour atteindre la majorité de la population, afin d'améliorer l'accessibilité géographique des soins de santé de qualité. Il est important de comprendre les effets induits par la mise en œuvre des services à base communautaire dans la préfecture de Faranah en vue d'apporter des améliorations dans les stratégies de mise en œuvre ;
- la mise en œuvre des projets des Services à Base Communautaire (SBC) n'a pas encore fait l'objet d'une étude sociologique approfondie pour comprendre les relations et interactions que les divers acteurs impliqués dans le processus entretiennent ;
- l'insuffisance des données qualitatives scientifiquement élaborées ne permet d'avoir une vision globale et objective des impacts des SBC dans l'amélioration de la santé des populations de Faranah.

Les raisons qui justifient le choix de la préfecture de Faranah s'expliquent par :

- l'importance des poches de pauvreté et du niveau de morbidité dans la région. La plupart des localités est enclavée avec des populations vivant en dessous du seuil de pauvreté. Les SBC constitue alors un moyen de rapprocher les structures sanitaires des populations ;

- l'importance des projets en faveur des SBC sur la santé de la population or, MCHIP est un projet de survie de l'enfant et de la mère qui améliore les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations en matière de soins de santé.

Il est important de produire des connaissances sur la manière dont les services à base communautaire ont influencé l'amélioration de la santé des populations de Faranah. Cette étude porte sur le paludisme et la diarrhée chez les enfants.

1- Problématique

En Afrique, les services à base communautaire diffèrent des activités de la stratégie avancée, tout en leur étant complémentaire, parce qu'ils sont réalisés par des personnes bénévoles et non professionnelles choisies par la communauté parmi ses membres (Malato B. 2006). A la suite d'une formation brève, les nouveaux agents communautaires réintègrent leurs communautés pour y offrir des séances d'Information, Education et Communication (IEC), des conseils individuels et de groupes, des produits et des prestations limitées mais intégrées, ainsi qu'un appui aux activités de stratégies avancées relaissées par les prestataires professionnels (Dioubaté M. 2000).

Les Agents Communautaires (AC) réfèrent les cas dépassant leur compétence au site de référence le plus proche où sont basés leurs superviseurs, servent donc de « personnes relais » entre la communauté et les services fixes de santé. Les agents reçoivent une supervision périodique portant sur les aspects techniques, les relations avec la communauté, la gestion des produits et la production des rapports d'activité. Ils se réapprovisionnent en produits auprès du site de référence. En général, les agents communautaires reçoivent un dédommagement pour leur travail bénévole sous forme de don de la communauté (denrées, aides au travail agricole, logement), sous forme monétaire par le partage des recettes de la vente des produits, ou sous forme d'octroi (titre de propriété du vélo, T-shirt ou d'action de reconnaissance soulignant la performance (certificat, fête...)).

Historiquement, en Guinée, en 1997, le projet FAMPOP en collaboration avec les Inspections Régionales de la Santé (IRS) et les Directions Préfectorales de la Santé (DPS) de la Haute Guinée, de la Guinée Forestière et avec l'Agence Guinéenne de Bien-Être Familial (AGBF), a mis en place un réseau de 500 agents communautaires, soit 250 AC par région naturelle. Ces AC étaient organisés en groupes fixes de 05 autour des centres de santé offrant les services de planification familiale ou destinés à être intégrés au CS.

Leurs villages d'origine ont été choisis par les chefs de centre parmi les villages faisant l'objet des activités de stratégie avancée. Les termes de référence des AC incluaient l'IEC sur la santé reproductive (planification familiale, MST/VIH/SIDA, CPN), la vaccination, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la distribution/vente de SRO, de condoms, de conceptrol (spermicide en ovule) et le réapprovisionnement en contraceptifs oraux (LoFemenal, ovrette) des utilisatrices ayant bénéficié d'une première visite dans un centre de santé. Les AC devaient référer au CS les femmes souhaitant commencer la contraception orale, celles choisissant un contraceptif injectable, le Dispositif Intra-Utérin(DIU), dépôt provera ou subissant un effet secondaire indésirable de leur méthode, les personnes souffrant d'une Infections Sexuellement Transmissibles(IST) et les cas de diarrhée persistante. En plus, les AC devaient appuyer la stratégie avancée par la mobilisation de la population, le rattrapage et la recherche active des cas.

Partout dans la région de Faranah comme partout ailleurs, les critères qui ont été utilisés pour le choix des AC sont : homme ou femme, être alphabétisé(e), résidant dans la communauté, disponible, volontaire, crédible, communicatif, discret, parlant le dialecte local, capable de se déplacer pour effectuer les activités SBC. Dans cette région, les activités de stratégie avancée sont réalisées par des agents de santé professionnels en dehors de leurs sites habituels. Elles comprennent la recherche active de cas, les prestations en : CPC, PEV, CPN,

etc. Leurs activités, dans le cadre du projet MCHIP a contribué à améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations en matière de santé maternelle et infantile.

Ainsi, le questionnaire principal qui a guidé la démarche de recherche est la suivante : La mise en œuvre des activités du projet MCHIP a-t-elle contribué à améliorer les connaissances, attitudes et pratiques populations face à la santé de la mère et de l'enfant dans la préfecture de Faranah ? elle réfère au paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës. Elle a été appuyée par les questions secondaires suivantes :

- ✚ Quelles sont les connaissances que les populations ont du paludisme et de la diarrhée ?
- ✚ Quelles sont les attitudes et pratiques que les populations ont du paludisme et de la diarrhée ?
- Quels sont les impacts des activités réalisées sur les parcours thérapeutiques des populations et l'amélioration de la survie de l'enfant et de la mère ?

2- Objectifs et hypothèses

1.1. Objectifs

1.1.1. Objectif général :

L'objectif général de cette recherche est de comprendre les impacts du projet MCHIP sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations sur la santé maternelle et infantile dans la préfecture de Faranah. Il s'agit de voir comment la mise en œuvre des activités du projet MCHIP a contribué à l'évolution positive des connaissances, attitudes et pratiques ayant trait à la santé maternelle et infantile. Pour atteindre cet objectif, il faut passer par des activités concrètes en termes d'objectifs spécifiques.

1.1.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques qui découlent de l'objectif général sont :

- Étudier les connaissances que les populations ont du paludisme et de la diarrhée ;
- Étudier les attitudes et pratiques que les populations ont du paludisme et de la diarrhée
- Analyser les impacts des activités réalisées sur les parcours thérapeutiques des populations et l'amélioration de la survie de l'enfant et de la mère.

1.2. Hypothèses

L'hypothèse principale est libellée comme suit : la mise en œuvre des activités du projet MCHIP a contribué à améliorer les connaissances, attitudes et pratiques des populations face à la santé de la mère et de l'enfant dans la préfecture de Faranah par la mise en œuvre des activités des services à base communautaire. Elle a été appuyée par les hypothèses secondaires suivantes :

- ✚ Les connaissances que les populations ont du paludisme et de la diarrhée sont les signes, les causes, les traitements ;
- ✚ Les attitudes et pratiques que les populations ont du paludisme et de la diarrhée comprennent la recherche des soins, les choix thérapeutiques et les conseils ;
- Les impacts des activités réalisées sur les parcours thérapeutiques des populations et l'amélioration de la survie de l'enfant et de la mère sont l'amélioration des connaissances et des pratiques de soin.

2. Méthodologie

Dans le but de produire des connaissances fiables sur les effets induits par le projet MCHIP dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant dans la préfecture de Faranah, il

a été opportun d'associer les avantages des recherches qualitatives et quantitatives. L'approche quantitative a été utilisée pour la collecte des données chiffrées ayant trait aux connaissances, attitudes et pratiques des mères (15 – 49 ans) et des chefs de ménage (hommes âgés de 18 ans ou plus). Cette approche a eu l'avantage de comparer les résultats chiffrés de l'étude de base à ceux recueillis sur le terrain auprès des cibles.

Pour appuyer les résultats quantitatifs et leur donner une signification plus approfondie, recours a été fait à l'approche qualitative en vue de recueillir des données qualitatives (informations produites à l'aide de mots et de gestes) auprès de cibles. Elle a été principalement axée sur la technique du focus group (hommes et femmes) et celle de l'entretien non directif à l'attention des personnels de santé et des relais communautaires que sont les AC et SBC.

Cette approche a été privilégiée, car elle nous a permis de faire une analyse approfondie de divers facteurs explicatifs d'une situation comme celle relative aux impacts du programme MCHIP sur la santé de la mère et de l'enfant dans les localités de Faranah. Ce qui nous a permis aussi de cerner la dimension socioculturelle de la maladie à travers les attitudes, croyances, perceptions, représentations et comportements de la population à l'étude.

Les enquêtes quantitatives ont porté sur les femmes et hommes bénéficiaires du projet. Les femmes, pour être éligibles au groupe cible, elles devraient remplir les conditions suivantes : - être âgée de 15-49 ans ; -être capable de s'exprimer ; - avoir donné son consentement éclairé pour participer à l'interview ; - avoir au moins un enfant de 0-7 ans ou ayant accouché au cours des dernières trois années ; et avoir résidé au moins 12 mois dans le village.

Si le ménage est monogame, la femme répondant aux critères d'éligibilité a été soumise au questionnaire. Mais là où le ménage est polygame, la recherche a pris la femme qui a l'enfant le plus âgé et si deux enfants ont le même âge, le chercheur procède à un tirage au sort entre les mères de ces enfants de même âge pour retenir une seule femme. Après avoir retenu une femme, le chercheur a toujours pris soin d'obtenir son consentement éclairé en référence aux règles d'éthique et de déontologie de la recherche.

Les hommes qui ont constitué les cibles de l'enquête par questionnaire sont des chefs de ménage des mères interviewées. Ils devraient satisfaire aux conditions suivantes : - avoir 18 ans et plus ; - être capable de s'exprimer ; - consentir l'interview ; - avoir au moins un enfant de 0-7 ans ou dont son épouse ayant accouché au cours des 3 dernières années ; et avoir résidé au moins 12 mois dans le village.

Les enquêtes qualitatives, dans le but de collecter des données qualitatives, recours a été fait à deux catégories de groupes : hommes et femmes :

- Focus group hommes : les hommes ayant participé aux focus groups ont satisfait aux critères suivants : être un homme âgé d'au moins 18 ans ; - être capable de s'exprimer ; - consentir l'interview.
- Focus group femmes : les femmes membres des groupes de discussion ont satisfait aux conditions suivantes : - Femme en âge de procréer de 15 à 49 ans ; - Femmes ayant une responsabilité au sein d'un groupe de femmes (bureau des femmes du village, Accoucheuses villageoises, matrones ...) ; - être capable de s'exprimer ; - consentir l'interview.

Dans le district sanitaire, 12 groupes de discussions ont donc été animés. Ainsi, 108 personnes ont participé à la réalisation des opérations de collecte des données à travers les focus groups. Chaque groupe de discussion était composée en moyenne de 09 individus recrutés suivant des critères mentionnés plus haut. La mise en œuvre des focus groups a veillé à ce que les participants disposent d'un espace de liberté afin de leur permettre d'exposer leurs CAP relatives à la santé de la mère et de l'enfant.

La combinaison des différentes techniques de collecte a permis de produire des données et connaissances utiles à la compréhension des CAP relatives à la santé de la mère et de l'enfant

dans la préfecture de Faranah. Les données quantitatives recueillies sur la base du questionnaire ont été codées par catégories et sous-catégories à partir d'une grille de codage. Les résultats détaillés de ce processus sont présentés sous forme de tableaux accompagnés de commentaires et d'analyse. Suite à l'organisation des entretiens et afin de faciliter le traitement des données qualitatives, la traduction des messages a été intégrale, évitant ainsi des interprétations qui ne sont pas en cohérence avec les objectifs de l'évaluation. Pour l'analyse de ces données qualitatives, les superviseurs ont procédé à la saisie brute des données avant de procéder au relevé des informations et/ou messages-clés et à la construction des axes d'analyse à partir d'extraits pertinents du point de vue de ces représentations proprement dites.

Dans le souci d'établir un cadre cohérent d'analyse, le travail de synthèse des résultats a été construit comme une mise en relation des objectifs de l'étude avec lesdites informations pertinentes. Ce travail de synthèse a permis de produire un rapport, sous forme de tableau analytique, de la situation des CAP dans l'univers de l'étude.

Dans ce rapport, il est analysé entre autres : les CAP des mères sur le paludisme et la diarrhée. Une analyse est faite du niveau global de mise en œuvre des activités du Projet pour mesurer les impacts sur les CAP des mères cibles.

Pour rester conforme à l'hypothèse de base et aux objectifs de l'étude, il a été mis en œuvre une grille unifiée d'interprétation. A l'intérieur de celle-ci, des thèmes ont été abordés ;
a)- l'évaluation des effets de la mise en œuvre des activités du Projet sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes relatives au paludisme et la diarrhée ;
b)- L'évaluation des effets de la mise en œuvre des activités du projet sur les pratiques des mères à la prise en charge des cas de paludisme et de diarrhée.

3- Résultats

2.1. Connaissances, attitudes et pratiques relatives au paludisme

2.1.1. Connaissances des signes du paludisme

La connaissance des signes du paludisme par les femmes constitue un indicateur important du succès de la mise en œuvre des activités des services à base communautaire (SBC). A la question, quels sont les signes du paludisme, les femmes ont donné des éléments de réponse qui sont consignés dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Connaissance des signes du paludisme

CR Signes	Bania	Kobikoro	Passaya	Total	Pourcentage
Ne Sait Pas (NSP)	5	7	4	16	2,08
Fièvre/corps chaud	101	90	65	256	33,40
Vomissement	36	78	60	174	22,68
Diarrhée	19	30	11	60	7,82
Céphalée/maux de tête	50	50	60	160	20,86
Sueur/transpiration	29	37	25	91	11,86
Autres	6	1	3	10	1,30
Total	246	293	228	767	100%

Bakary B. et Diallo M. D. 2025

La question étant à choix multiples, les femmes ont mentionné diverses réponses. Ainsi, la fièvre/corps chaud a été le signe le plus fréquemment évoqué (33,40%) suivi de vomissement (22,68%), maux de tête/céphalées (20,86%), sueur/transpiration (11,86%), diarrhée (7,82%), autres (1,30%). Les mères ont déclaré avoir eu ces informations grâce aux séances de

sensibilisation dans le cadre de IEC effectuées par les AC. Une mère de Bania, 25 ans, analphabète, souligne :

Notre village, les AC travaillent avec le centre de santé. Ils nous sensibilisent et nous renseignent sur la PF, les IST et le VIH. Grâce à eux, nous avons amélioré nos connaissances dans la reconnaissance de certaines pathologies. Chaque fois que nous avons des cas de maladies, nous nous renseignons auprès des AC qui constituent en fait des relais communautaires de santé. Ils nous conseillent d'amener les enfants dès que nous constatons l'apparition des signes de maladies.

2.1.2. Connaissances des causes du paludisme chez la mère

La mise en œuvre des activités des SBC a contribué à améliorer les connaissances des signes du paludisme chez les mères. Elles ont fourni des informations consignées dans le tableau ci-après.

Tableau 2 : Répartition des femmes selon la connaissance des causes du paludisme

Causes \ CR	Bania	Kobikoro	Passayah	Total	Pourcentage
Pluies/flaques d'eau	70	62	76	208	31,07
Mangue	45	39	49	133	19,85
Moustiques	54	78	75	207	30,89
Insectes piqueurs	17	20	21	58	8,65
Ne sais pas(NSP)	3	20	8	31	4,62
Autres	14	9	10	33	4,92
Total	203	228	239	670	100%

Bakary B. et Diallo M. D. 2025

Il résulte des résultats que les causes du paludisme connues par les femmes sont : pluies/flaques d'eau (31,07%), moustiques (30,89%), mangue (19,85%), insectes piqueurs (8,65%), autres (4,92%) et NSP (4,62%). Dans l'univers villageois, les femmes attribuent les causes du paludisme à plusieurs facteurs dont plusieurs sont appropriés. Une mère (45 ans) du village de Bania souligne :

Autrefois, les causes des fièvres et autres maladies des enfants et des mères étaient le plus souvent attribuées aux forces du mal comme les génies, les sorciers, des ennemis et autres. Mais aujourd'hui, nous avons appris beaucoup de choses grâce aux informations reçues des agents de santé, des AC et autres sources, nous connaissons les causes du paludisme.

Ces informations ont été reprises dans les différents groupes de discussion avec les femmes des autres communes rurales (CR).

2.1.3. Connaissance des moyens de prévention du paludisme

Tableau 3 : Moyens de prévention du paludisme

Moyens prévention \ CR	Bania	Kobikoro	Passayah	Total	Pourcentage
Eviter les eaux stagnantes	90	89	91	270	23,01
Eviter la transfusion	30	35	20	85	7,24

Bakary , Mariame et Bréma Ely

Dormir sous moustiquaire	100	101	72	273	23,31
Utiliser insecticides	60	60	50	170	14,49
Prendre des médicaments	50	56	20	126	10,74
Eviter les malades du paludisme	13	20	20	53	4,51
Aller au CS/PS	70	58	65	193	16,45
NSP	0	3	0	3	0,25
Total	413	422	338	1.173	100%

Bakary B. et Diallo M. D. 2025

Les moyens de prévention connus par les femmes sont énumérés ici en fonction de l'importance de leur fréquence : 23,31% des femmes citent le fait de dormir sous une moustiquaire, 23,01% estiment qu'il faut éviter les eaux stagnantes, 4,51% soulignent qu'il faut éviter les malades du paludisme, 14,49% pensent qu'il faut utiliser les insecticides. Une femme de Passaya lors des focus groups révèle :

Nous avons beaucoup appris sur la prévention contre le paludisme grâce aux différentes sources d'informations qui sont à notre disposition. Les AC sont très disponibles ; ils nous conseillent et nous sensibilisent sur la nécessité d'utiliser les moustiquaires pour nous-mêmes et pour nos enfants.

Des réponses erronées apparaissent dans les informations fournies par des mères. Cette situation est due au fait que certaines femmes présentes lors des opérations de collecte des données n'avaient pas suivi les séances de sensibilisation avec les AC en charge de la mise en œuvre des activités de SBG en matière IEC.

3.1.3.1. Utilisation de la moustiquaire imprégnée

Tableau 4 : Utilisation de la moustiquaire

CR	Bania	Kobikoro	Passayah	Total	Pourcentages
Moustiquaire suspendue					
Oui	92	89	93	274	97,17
Non	3	1	4	8	2,83
Total	95	90	97	282	100

Bakary B. et Diallo M. D. 2025

Cette question a concerné les 282 femmes qui possèdent des moustiquaires sur les 300 femmes interrogées, 97,17% avaient leurs moustiquaires suspendues lors du passage de l'enquête contre 86,45% pour l'étude de base. L'importance numérique des utilisatrices de moustiquaire est l'un des impacts de la mise en œuvre des activités des SBC effectués par les agents du MCHIP. Une mère de Passayah note :

Dans un passé récent, le nombre de mères qui utilisaient les moustiquaires en vue de prévenir des cas d'attaques palustres chez les mères et les enfants était peu considérable. On ne savait pas que c'est les piqûres de moustiques qui étaient la principale cause des maladies du paludisme. Mais les conseils au niveau du centre de santé et les

séances de sensibilisation des AC ont accru le nombre de femmes qui utilisent les moustiquaires imprégnées pour se protéger des piqûres de moustiques. L'arrivée du projet MCHIP a largement contribué à améliorer les connaissances des mères en matière de prévention et de traitement du paludisme.

3.1.3.2. Nombre de femmes ayant dormi sous la moustiquaire la nuit précédant l'opération d'enquête

Tableau 5 : Situation des femmes ayant dormi sous la moustiquaire la nuit qui a précédé le passage des enquêteurs

CR	Bania	Kobikoro	Passayah	Total	Pourcentages
Dormir/moustiquaire					
Oui	93	87	92	272	96,46
Non	2	3	5	10	3,54
Total	95	90	97	282	100

Bakary B. et Diallo M. D. 2025

Cette question a été adressée aux 282 femmes qui avaient leurs moustiquaires suspendues lors de l'enquête. Les résultats montrent que parmi elles, 96,46% avaient dormi sous la moustiquaire la nuit qui a précédé l'enquête. Ce pourcentage est supérieur à celui de l'enquête de base qui fait 84,35%. Une mère de Bania souligne :

Actuellement, mes enfants et moi dormons sous la moustiquaire. Quel que soit le temps qu'il fait, je prends le soin d'étaler la moustiquaire pour que nous soyons à l'abri des moustiques. Mes enfants sont maintenant très habitués à cette pratique de sorte qu'ils n'hésitent pas à me dire que sans la moustiquaire, qu'ils ne peuvent pas bien dormir. Cette pratique qui consiste à dormir sous la moustiquaire est rentrée dans les habitudes au niveau de notre foyer. Chaque chambre de la cour possède sa moustiquaire.

3.1.3.3. Nombre d'enfants ayant dormi sous la moustiquaire la nuit précédant l'opération d'enquête

Tableau 6 : Les enfants ayant dormi sous la moustiquaire à la veille de l'enquête

CR	Bania	Kobikoro	Passayah	Total	Pourcentages
Enfant/moustiquaire					
Oui	90	85	91	266	97,80
Non	3	2	1	6	2,20
Total	93	87	92	272	100

Bakary B. Karamo C. Diallo M. D. 2025

Les femmes qui ont la moustiquaire suspendue et dont les enfants y ont dormi la nuit qui a précédé l'enquête représentent 97,80%. Les mères ont reconnu au cours des séances de discussion que pour préserver la santé de leurs enfants, elles utilisent les moustiquaires dans chaque chambre. Les séjours au salon et dans la cour de la concession pendant la nuit constituent des moments où les moustiques piquent des gens. Pour éviter cette situation, très tôt, les femmes protègent leurs enfants avec l'usage des moustiquaires.

2.1.4. Attitude et pratique relatives au traitement du paludisme chez l'enfant

2.1.4.1. Traitement à domicile

Tableau 7 : Traitement du paludisme à domicile

CR Traitement à domicile	Bania	Kobikoro	Passayah	Total	Pourcentages
Oui	5	9	7	21	27,63
Non	20	19	16	55	72,37
Total	25	28	23	76	100

Bakary B. et Diallo M. D. 2025

Cette question a concerné les 76 femmes qui ont déclaré que leurs enfants avaient eu le paludisme au cours des deux dernières semaines. Ainsi sur cet effectif, 72,37% disent n'avoir pas fait un traitement à domicile. Par contre, 27,63% des femmes ont fait un traitement à domicile contre le paludisme de l'enfant. Une femme de Kobikoro note *''la semaine dernière, mon enfant de 8 mois est tombé malade, mon mari étant absent, je ne pouvais pas l'amener dans une structure sanitaire. Alors j'ai administré des médicaments à l'enfant à la maison''*.

2.1.4.2. Premier lieu fréquenté pour la recherche de conseils ou de traitement

Tableau 8 : Premier lieu pour chercher les soins

CR Premier lieu	Bania	Kobikoro	Passayah	Total	Pourcentages
CS/PS	9	6	5	20	36,36
AC	8	10	9	27	45,98
Guérisseurs traditionnels	2	1	0	3	1,00
Marché	1	2	2	5	16,66
Total	20	19	16	55	100

Bakary B. et Diallo M. D. 2025

Cette question a concerné les femmes qui ont déclaré n'avoir pas essayé un traitement à domicile (55 femmes). Pour ce faire, il était opportun de savoir où elles sont allées pour la première fois chercher un conseil ou un traitement. Il est apparu dans les résultats que 45,98% des mères sont allées en premier lieu chez les AC et 36,36% au CS/PS. Dans les groupes de discussions aussi, le premier lieu pour aller chercher les soins était d'abord l'AC.

Une participante au focus groupe de Kobikoro note :

Lorsque je suis malade ou bien si c'est mon enfant, je me dirige chez l'AC parce qu'il est plus proche et disponible. Avec lui, je reçois les informations nécessaires et les conseils pour obtenir la guérison. Dès fois, je recoure au CS où la disponibilité de soins ne manque pas. Il peut arriver qu'il ait une rupture de stock de produits pharmaceutiques mais les agents de santé ont toujours des moyens pour nous donner satisfaction.

Les agents communautaires de santé (AC) constituent des relais communautaires qui appuient les femmes dans le cadre de la PF et des informations en matière de santé.

2.2. Connaissances, attitudes et pratiques ayant trait à la diarrhée

Dans cette section, il a été déterminé la prévalence de la diarrhée chez tous les enfants de toutes les femmes interviewées. Les connaissances, l'attitude et la pratique des mères face à la diarrhée de leur enfant ont été évaluées.

2.2.1. Connaissances des signes de la diarrhée

Tableau 9 : Connaissance des signes de la diarrhée

CR Signes	Bania	Kobikoro	Passayah	Total	Pourcentages
Oui	96	95	91	282	94,00
Non	2	3	1	6	2,00
NSP	2	2	8	12	4,00
Total	100	100	100	300	100

Bakary B. et Diallo M. D. 2025

Les données indiquent que 94% des femmes connaissent les signes de la diarrhée dans la zone de l'étude. Les signes de la diarrhée sont connus par les mères par le biais des agents de santé, les AC et les expériences de maladies vécues. Une mère de Passayah raconte :

J'ai été mère à l'âge de 18 ans. Aujourd'hui, j'ai mes 54 ans avec 09 enfant dont 03 filles. Très longtemps, j'ai vécu des expériences de cas de diarrhée chez mes enfants. C'est pendant la saison des pluies que j'enregistrais le plus nombre de cas de diarrhée des enfants. Depuis, j'ai appris à connaître les signes et les manifestations de cette maladie chez les enfants. Mes connaissances des signes de la diarrhée ont été améliorées grâce aux séances de sensibilisation données par les agents du centre de santé et les AC.

Les femmes ayant déclaré Ne Sait Pas(NSP) les signes de la diarrhée sont de jeunes mères n'ayant pas encore assez d'expériences dans la gestion des maladies infantiles. Aussi, elles manifestent ce déficit d'information sur la diarrhée parce que n'ayant pas participé à des séances de sensibilisation ou d'éducation en matière de la santé de la reproduction.

2.2.2. Les signes de la diarrhée cités par les femmes

Tableau 10 : Signes de la diarrhée cités par les femmes

CR Signes	Bania	Kobikoro	Passayah	Total	Pourcentage
Fontanelle bombée	43	26	14	83	14,92
Vomissement important	64	60	62	186	33,69
Refus de tétée/manger	33	39	46	118	21,22
Faiblesse/léthargie inconscient	27	40	30	97	17,44
Cyanose	10	4	4	18	2,33
Convulsion	10	3	6	19	3,41
Stridor	10	5	8	23	3,04
Autres	7	8	7	22	3,95
Total	204	185	177	556	100%

Bakary B. et Diallo M. D. 2025

Les signes cités par ordre de fréquence sont : vomissement important (33,69%), refus de téter/manger (21,22%), faiblesse/léthargie (17,44%), fontanelle bombée (14,92%).

2.2.3. Nombre d'enfants ayant eu la diarrhée au cours de ces dernières semaines

Tableau 11 : Enfants ayant eu la diarrhée au cours de ces dernières semaines

CR Enfant/diarrhée	Bania	Kobikoro	Passayah	Total	Pourcentages
Oui	30	20	13	63	21,00
Non	70	80	87	237	79,00
Total	100	100	100	300	100

Bakary B. Karamo C. Diallo M. D. 2025

Selon les déclarations des femmes, seulement 21% des enfants ont fait la diarrhée au cours de ces dernières semaines contre 30,20% pour l'étude de base. Cet écart est un indicateur de l'évolution de la santé des enfants.

2.2.4. Nombre de femmes ayant essayé un traitement à domicile

Tableau 12 : Traitement de la diarrhée à domicile

CR Traitement à domicile	Bania	Kobikoro	Passayah	Total	Pourcentages
Oui	2	1	1	4	6,34
Non	28	19	12	59	93,66
Total	30	20	13	63	100

Bakary B. Karamo C. Diallo M. D. 2025

La question relative au traitement à domicile a été posée aux 63 femmes qui ont déclaré que leurs enfants ont eu la diarrhée pendant ces dernières semaines. Les résultats indiquent que pour ces femmes, seulement 6,34% ont essayé un traitement à domicile contre 93,66% qui ne l'ont pas fait. Cette situation révèle une amélioration des pratiques des mères dans le domaine de la recherche des soins pour les enfants.

3.2.4. Les types de traitement effectués par les mères

Tableau 13 : Types de traitements

CR Types de traitement	Bania	Kobikoro	Passayah	Total	Pourcentages
SRO	29	19	11	59	93,66
Autres	1	1	2	4	6,34
Total	30	20	13	63	100

Bakary B. et Diallo M. D. 2025

Sur les 63 femmes ayant mentionné que leurs enfants ont eu la diarrhée, 93,66% ont affirmé avoir utilisé du Sel de Réhydrations Orale (SRO) pour soigner l'enfant tandis que 6,34% ont utilisé d'autres méthodes de traitement comme l'utilisation de paracétamol, le recours aux guérisseurs traditionnels.

2.2.5. Premier lieu où la femme est allée chercher un conseil ou un traitement

Tableau 14 : Premier lieu de recherche des soins

CR Premier lieu	Bania	Kobikoro	Passayah	Total	Pourcentages
CS/PS	22	17	11	50	79,38
AC	6	2	1	9	14,28
Guérisseur traditionnel	1	1	0	2	3,17
Marché du village	1	0	1	2	3,17
Total	30	20	13	63	100

Bakary B. Karamo C. Diallo M. D. 2025

La question relative au premier lieu de recherche d'un traitement pour l'enfant concerne les mères ayant déclaré que leurs enfants ont eu la diarrhée pendant ces dernières semaines. Les résultats montrent que les femmes ayant adopté une conduite adéquate dans la recherche des soins représentent 93,66% (78,36% sont allées chercher des soins au CS/PS et 14,28% chez les ACS). Les mères qui ont eu des pratiques adéquates font 79,45% dans l'étude de base.

2.2.6. Attitude relative au temps mis pour recherche des conseils ou un traitement après avoir remarqué la diarrhée de l'enfant

Tableau 15 : Temps mis pour rechercher un conseil ou un traitement

CR Temps mis	Bania	Kobikoro	Passayah	Total	Pourcentages
Même jour	28	17	9	54	85,73
Jour suivant	1	2	2	5	7,93
Après deux jours	1	0	1	2	3,17
Après trois jours	0	1	1	2	3,17
Total	30	20	13	63	100

Bakary B. et Diallo M. D. 2025

Les résultats montrent que parmi les mères dont les enfants ont eu la diarrhée pendant ces dernières semaines, 85,73% ont cherché le même jour un traitement pour l'enfant, 7,93% le jour suivant, 3,17% deux jours après et 3,17%, trois après. Ces chiffres sont encourageants en matière d'adoption de comportements adéquats dans le domaine de la santé de l'enfant. En effet, dans l'étude de base, 59,90% des mères ont cherché un traitement pour l'enfant malade le même jour.

2.2.7. Pratique des femmes relatives à la tétée de l'enfant pendant la diarrhée

Tableau 16 : Allaitement de l'enfant diarrhéique

CR Allaitement	Bania	Kobikoro	Passayah	Total	Pourcentages
Plus que d'habitude	17	5	7	29	46,06
A peu près la même	6	10	3	19	30,15
Beaucoup moins	3	1	1	5	7,93
A tété au début puis a arrêté	2	3	1	6	9,52
Ne tétait pas	2	1	1	4	6,34
Total	30	20	13	63	100

Bakary B. et Diallo M. D. 2025

La question ayant trait à l'allaitement de l'enfant diarrhéique a concerné les 63 femmes dont les enfants ont eu la diarrhée pendant ces dernières semaines. Les résultats montrent que 46,06% des enfants pendant la diarrhée ont été allaités plus que d'habitude, 30,15% comme d'habitude, 7,93% beaucoup moins que d'habitude. Si l'enfant refuse de téter, les mères font recours au centre ou au poste de santé. Une mère de Kobikoro raconte :

Mon troisième garçon a eu de la diarrhée subitement pendant une nuit. Il n'avait que 06 mois. Toute la nuit, je n'ai pas dormi à cause de ses pleurs. Dès le matin, je l'ai conduit au centre de santé. Il a été mis sous soins par les agents de santé. La diarrhée s'est un peu calmée pendant toute la journée. A mon grand étonnement, la maladie s'est empirée et l'enfant ne faisait que des selles liquides. Il refusa de téter. Encore, le matin je me rendis avec lui au centre de santé. Après la reprise des consultations, une ordonnance fut prescrite que j'honorais tout de suite. Après administration des médicaments, l'enfant se sentit mieux. Et quelques instants après, la diarrhée s'estompa.

Les séances de sensibilisation et les activités d'IEC menées dans le cadre de la mise en œuvre des activités du projet MCHIP ont contribué à améliorer les connaissances et les parcours thérapeutiques des mères. Elles ont eu des informations utiles sur la prise en charge des maladies d'enfants surtout de paludisme et de la diarrhée.

3. Discussion des résultats

Dans le cadre de cette étude, 300 mères dont l'âge est compris entre 16 à 49 ans ont participé à la collecte des données. Toutefois, la femme la moins âgée avait 14 ans. Cette situation correspond à l'âge au premier rapport sexuel dans la préfecture de Faranah. Ce résultat avait déjà été trouvé par DIOUBATE (2000) qui indiquait dans une enquête menée sur la sexualité des adolescents de 15 à 19 ans dans les régions administratives de Kankan, Faranah et N'Nzérékoré que l'âge au premier rapport sexuel dans la région de Faranah était de 14 ans. Aussi, il est important de signaler qu'à partir de 49 ans, la natalité des femmes diminuait. A partir de ces tranches d'âge, on s'aperçoit que les femmes ayant participé aux entretiens individuels avaient déjà une certaine expérience de la santé des mères et des enfants (Faye 2000).

Ces femmes, dans leur forte majorité vivent dans des familles polygames. Cette situation est révélatrice de l'importance du nombre d'enfants dans les ménages et qui pose crûment les problèmes de prise en charge sanitaire. (Diakité L. 2021). En milieu rural Maninka surtout chez les Diallonka et Sankaranka de Faranah, l'essentiel des charges vestimentaires, sanitaires et alimentaires des enfants repose sur les mères. Ce résultat est voisin de celui trouvé par Dioubaté M : (2016) lorsqu'il mentionne : « en milieu rural la polygamie et la forte natalité ont contribué

à l'accroissement de la population. Or, le développement des activités agricoles n'a pas suivi cette progression de sorte que la pénurie alimentaire est régulière. Le poids de la pauvreté pèse sur les femmes ». Dans un tel contexte de familles polygames, chaque femme s'occupe de sa maisonnée c'est-à-dire de ses enfants car dans ces ménages agricoles, le père de famille offre seulement les denrées (riz, maïs, etc.) et tout le reste revient aux femmes. Ce résultat corrobore celui de Fall A. S. (2001) quand il mentionne « dans certains milieux ruraux africains, ce sont les femmes qui supportent le plus gros lot de la nourriture surtout en période de soudure. C'est pourquoi, la mise œuvre des activités du projet MCHIP constitue un réel facteur d'amélioration des capacités des femmes à faire face à leur propre santé et à celle de leurs enfants.

L'analphabétisme qui a frappé les vieilles générations risque d'être le handicap majeur dans le processus de promotion de la santé de la mère et de l'enfant dans la préfecture de Faranah. Sur les 300 femmes 267 (89,01%) sont sans niveau d'instruction. Le projet s'est donc appuyé sur cet état d'analphabétisme pour amener les AC à intensifier les activités d'Informations, d'Education, Communication et Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC) en direction des femmes et des hommes. Dans les dialectes du terroir et dans un climat de détente, les AC et les agents de santé des CS/PS ont dispensé aux populations des sessions d'information et de sensibilisation relatives à la santé de la mère et de l'enfant pendant les jours d'affluence au CS et PS. Ces besoins de formation avaient été déjà identifiés lors de l'enquête de base effectuée avant le démarrage du Projet MCHIP qui indiquaient la prévalence du paludisme et de la diarrhée.

Ces femmes sont réparties entre diverses catégories professionnelles où l'agro-élevage occupe la place la plus importante suivie de l'activité de ménage. Or, en milieu rural, ces deux activités ne rapportent pas un revenu monétaire important aux femmes dans la mesure où elles travaillent dans des exploitations agricoles familiales dont les rendements sont gérés par les hommes. Cette situation avait été déjà évoquée par Fofana S. (2006), dans les villages de la Haute Guinée, les femmes occupent une place importante dans les soins de santé et la production agro-pastorale. Celles qui sont ménagères ne gagnent presque pas d'argent parce qu'il n'existe pas d'activité génératrice de revenu hors secteur agricole dans ces villages où l'orpaillage est peu pratiqué. Lorsque les enfants tombent malades, ces femmes éprouvent beaucoup de difficultés pour leur procurer des soins. Dans la plupart des cas, elles sont dépendantes de leurs époux dans la recherche des soins. Si ceux-ci ne sont pas disponibles, elles recourent à l'endettement ou la médecine traditionnelle. La mise en œuvre des activités du projet a donc été un grand soulagement dans la prise en charge de cas de paludisme et de diarrhée pour ces femmes qui vivent dans le cercle vicieux de la pauvreté. Le MCHIP a permis aux femmes d'avoir des soins santé de proximité pour elles-mêmes et leurs enfants grâce au déploiement des ASC et la remobilisation des agents de santé dans les villages.

Ainsi grâce aux activités d'IEC/CCC, les sources de connaissances des femmes sur le paludisme et la diarrhée ont été diversifiées et enrichies. Sur les 300 femmes, seules quelques-unes d'entre elles ont déclaré qu'elles ne connaissaient aucune source d'information alors que la quasi-totalité des mères ont cité des sources d'information, des signes et causes du paludisme et de la diarrhée. Cette amélioration des niveaux de connaissances sur les sources d'information a largement augmenté les chances des femmes d'accéder à des comportements adéquats face à la santé de la mère et de l'enfant. Les femmes ont cité les sources suivantes : les agents de santé, les ASC/SBC, la radio, des amis/collègues, l'école. Ce qui est déjà un indice important de l'évolution des connaissances chez les femmes dans le cadre de la santé de la reproduction. Cette situation avait été mentionnée par Sénou (2002) lorsqu'il souligne « l'information et la sensibilisation renforcent la capacité des mères dans la prise en charge des enfants malades ».

Le projet MCHIP a aussi contribué à améliorer les niveaux de connaissances des femmes sur les signes du paludisme et de la diarrhée qui attrapent les enfants et les mères. Sur les 300 femmes seules une infime partie ne connaissait aucun signe de ces deux maladies. Par

contre l'écrasante majorité a réussi à citer plusieurs signes de ces pathologies. Ce qui veut dire que quand les enfants tombent malades, les mères sont en mesure de comprendre cette situation et de conduire l'enfant dans une structure de santé. Ce résultat avait été déjà trouvé par AURELIEN A. A. 2003 quand il mentionne « le niveau de connaissance des pathologies chez les mères détermine en partie leur conduite dans la recherche des soins pour traiter leurs enfants malades ».

Parmi les femmes ayant déclaré qu'elles ne connaissent aucun signe de maladies, certaines ont déclaré qu'elles n'ont pas amené l'enfant au CS parce qu'elles ne savaient pas s'il était malade ou pas. Donc l'identification des signes de maladies grâce au projet est un indice d'une capacité des femmes à assurer à leurs enfants la recherche de soins de santé appropriés.

Les pratiques des femmes pour rechercher des soins pour leurs enfants malades de paludisme ou de diarrhée sont diverses et varient selon les femmes. Sur 300 femmes, 07 ont déclaré qu'elles ne font rien quand l'enfant tombe malade. Pour certaines d'entre elles, cette attitude d'indifférence ou de négligence dépend du niveau de connaissance, de responsabilité ou de pauvreté. Cette analyse avait été déjà faite par Condé K. (2017) quand il souligne « Les choix ou parcours thérapeutiques des femmes sont diverses et ils dépendent des niveaux d'information, d'étude et de possession d'argent ». Dans le premier cas, si la femme ne sait pas que l'enfant est malade, elle ne fera rien pour lui chercher des soins. Dans le second cas, si le milieu culturel ne permet pas à la femme de prendre des responsabilités pour soigner l'enfant, elle reste sans rien faire. Dans le dernier cas, la pauvreté conduit des femmes à ne pas réagir à temps pour soigner les enfants. Pour celles qui ont agi, plus de la moitié a dit qu'elle a amené l'enfant malade au CS/PS. Ce qui est encore inquiétant, c'est que des femmes continuent de donner par elles-mêmes des médicaments à l'enfant. Très peu de femmes conduisent l'enfant malade chez un guérisseur traditionnel.

En ce qui concerne les médicaments utilisés par les femmes pour soigner les enfants, le SRO est le plus, puis viennent le paracétamol, les médicaments traditionnels, etc. Ces deux premiers sont les plus utilisés parce qu'il est non seulement facile de les trouver au village mais aussi et surtout parce qu'ils sont moins chers et qu'ils sont recommandés par les structures sanitaires et les projets pour la plupart des maladies des enfants. Certaines femmes pensent que ces deux médicaments sont des solutions à de nombreuses maladies qui attrapent les enfants. Ce résultat avait été trouvé par Koulibaly S. (1994) quand il note « quand les enfants tombent malades, les femmes recourent très souvent du paracétamol parce qu'il est facile à trouver partout où on se trouve ».

Pour obtenir les médicaments, les femmes accèdent à différents lieux. La plupart d'entre elles adopte des pratiques appropriées pour chercher des médicaments (CS/PS et AC/SBC). En effet, l'un des objectifs spécifiques du projet MCHIP est d'amener les mères à adopter des conduites sanitaires adéquates en vue de leur santé et celle de leurs enfants. La consultation des structures sanitaires officielles conduit les femmes non seulement à accéder à des soins de qualité mais aussi et surtout d'éviter de se faire intoxiquer par des médicaments achetés dans la rue. Malheureusement, certaines femmes continuent à recourir encore à des pratiques à risques sanitaires comme acheter des médicaments dans des boutiques non agréées, au marché, avec des ambulants, etc. ce qui avait été dit autrement par Doumbouya M.L, (2008), quand il souligne « les mères d'enfants achètent des médicaments pour soigner leurs enfants partout où elles peuvent les trouver : dans des kiosques, avec des ambulants ou des produits étalés dans des bassines ». Pour ce faire, il est opportun de prolonger le projet ou de mettre en place un nouveau projet qui pourrait poursuivre la promotion de la santé maternelle et infantile.

En effet, l'accès à des médicaments de qualité, préalablement sélectionnés puis utilisés de manière rationnelle, conditionne le bon fonctionnement des systèmes de santé pour le bien-être individuel et la performance économique. Le médicament n'est pas un bien de consommation courant comme la nourriture ou les vêtements. C'est pour cela que les exigences

du Projet MCHIP en termes de qualité, d'innocuité et de sécurité (pour lesquelles la réglementation pharmaceutique se porte garante) sont maximales.

La vente illicite des médicaments dans les villages de Faranah est inquiétante. Les médicaments de toutes classes pharmacologiques sont disponibles sur les étalages des marchés, auprès des vendeurs ambulants, au coin de la rue, dans les cases, chez son voisin ou même sur son propre palier ; le marché illicite s'expose à la vue de tous comme s'il s'agissait d'une pratique légale. Les moyens dont disposent les institutions réglementaires pour faire respecter la législation en vigueur sont insuffisants. Mais l'argument du « manque de ressources » ne suffit pas pour expliquer l'émergence d'un véritable trafic dont l'essor ne semble pas rencontrer d'obstacles. L'environnement social, politique et culturel de ces pays (fortes inégalités de revenu, fonctionnement aléatoire du secteur public, corruption importante de l'appareil d'Etat...) doivent être pris en compte si l'on veut comprendre le rôle, la fonction et les enjeux de ce marché. C'est en face de cette situation que les austérités au niveau national ont interdit, en 2025, la vente de médicaments dans les officines non agréées par l'Etat.

Les résultats montrent que les populations, grâce au projet MCHIP connaissent les signes, les causes, les moyens de prévention du paludisme et de la diarrhée. Par conséquent, nombreuses sont celles qui adoptent des comportements appropriés pour apporter des soins à leurs enfants. Elles utilisent, dans leur forte majorité, des moustiquaires sous lesquelles elles et leurs enfants dorment. Pour le traitement de la diarrhée, les femmes utilisent du SRO comme le préconise le projet MCHIP. Les femmes connaissent non seulement les avantages de la CPN, mais aussi, elles la pratiquent.

Pour soigner leurs enfants, les femmes vont surtout consulter dans les centres et postes de santé, dans des proportions plus élevées que pour se soigner elles-mêmes. Cette situation avait été révélée plus tôt par Barry C (2019) quand il note « Les femmes se préoccupent beaucoup plus de la santé de leurs enfants malades que de leur propre maladie ». Cette étude des comportements thérapeutiques montre une pluralité dans les démarches effectuées par les femmes aussi bien pour se soigner que pour soigner leurs enfants. A partir des résultats de l'enquête nous nous sommes interrogés sur les relations qui existaient entre les comportements de santé et les niveaux d'instruction et de connaissance en matière de santé, et il est apparu que la relation "ne joue pas toujours dans le sens attendu: en effet un bon niveau dans ces deux domaines n'engendre pas un recours systématique à la biomédecine... mais bien d'autres facteurs viennent interférer dans ces comportements: ainsi l'environnement familial et social joue un rôle important dans les comportements entourant la santé des enfants". Ce résultat avait été trouvé par Delcroix et Guillaume, 1993 lorsqu'il note : « les facteurs socio-culturels déterminent dans une grande mesure le parcours thérapeutique des populations rurales ».

En somme les processus de soins se conforment à l'identification de la maladie et aux représentations en vigueur dans le groupe. Le choix de la personne qui va soigner l'enfant ou qui va décider du thérapeute le plus approprié, bien souvent n'est pas fait par la mère de l'enfant. Les maux dont souffrent les petits enfants sont dans la majeure partie des cas traités dans l'entourage immédiat, plus spécifiquement par des femmes d'un certain âge. L'intervention des spécialistes de sexe masculin ne se fait que sur consultation externe, sauf si un homme familial de l'entourage est spécialisé dans ce domaine. En l'absence de la vieille femme comme référence, la jeune mère se renseigne alors auprès de ses voisines : le milieu de référence s'élargit donc et se diversifie.

Quand les premiers soins ne donnent pas satisfaction, on s'adresse à un autre thérapeute, souvent sur les conseils d'un membre de la famille ou de l'entourage. Cette situation avait été révélé par DESCLAUX A.ET LEVY J.J (1994), quand il souligne, les parcours thérapeutiques changent en fonction de la réussite ou non du traitement. Les mères changent vite de traitement lorsqu'elles s'aperçoivent que chez le premier agent de santé, l'enfant n'a pas été guéri ».

Il y a ainsi une multiplicité de recours et de remèdes en fonction du réseau social dans lequel est insérée la maman. Si la maladie présente différents symptômes, chacun pourra être traité de manière séparée : par exemple pour un épisode de paludisme, de malnutrition, de diarrhée, trois remèdes peuvent être fournis par des spécialistes différents pour traiter chaque symptôme.

Les traitements modernes sont constitués de produits pharmaceutiques délivrés en pharmacie ou achetés sur la place du marché, telle l'aspirine et la chloroquine. Très peu de centres médicaux disposent suffisamment de médicaments et si l'enfant est reconnu malade par le personnel médical, on délivre une ordonnance pour l'achat de médicaments en pharmacie. Les consultations dans les formations sanitaires publiques sont d'un prix relativement modique, (parfois prix de carnet) alors que leur prix est nettement plus élevé dans les cabinets de soins privés. Les traitements traditionnels auto-prescrits ou administrés après consultation d'un spécialiste alternent parfois avec les traitements modernes, auto-administrés ou prescrits par un spécialiste, jusqu'au rétablissement de l'enfant.

Il faut noter que tous les AC n'ont pas eu la même disponibilité et la même efficacité dans le travail. Selon les agents du projet à Bania : « *Les travaux dans les mines d'or et l'absence de caisse à médicaments ont occasionné le découragement de certains AC* ». Les thèmes de formations développés avec les AC étaient axés sur le paludisme, la diarrhée, la planification familiale, la vaccination des enfants, la malnutrition, l'importance de la CPN. A ce niveau la gestion des caisses pharmaceutiques communautaires posait de sérieuses difficultés. Ce résultat avait déjà été mentionné par Dioubaté (2006) en ces termes

:

Les caisses à médicaments (pharmaceutique) ont suscité de l'engouement au niveau des populations, tous les villages réclamaient la caisse car certains villages sont d'accès difficile surtout en période hivernale, les routes sont impraticables pour rallier les postes de santé ou les centres de santé. Dans ces conditions, les populations de ces villages ne comptent que sur les caisses pour résoudre les problèmes de santé de proximité.

Les populations et les services sanitaires de l'Etat ont eu une appréciation de la qualité des impacts du projet MCHIP sur les connaissances, les attitudes et les pratiques relatives à la santé de la mère et de l'enfant. L'évaluation d'un projet se réalise souvent à divers niveaux dont les plus importants sont les niveaux institutionnel et communautaire. Il s'est avéré au cours des entretiens que de nombreux AC ont été non seulement formés mais ont été également dotés en fournitures essentiels (Boîtes, Imperméables, Boîtes à image, checklist, canevas de rapport mensuel et vélos) leur permettant d'assumer leurs tâches avec efficacité sur le terrain.

Les données provenant du bureau de MCHIP à Faranah ont été confrontées aux déclarations des agents communautaires de santé sur le terrain et il a été constaté la réalité de la dotation des AC en fournitures. C'est bien grâce à cette dotation que ces relais communautaires de santé ont pu exécuter les tâches qui leur ont été confiées. D'une manière générale, les populations ont une bonne appréciation des effets de la mise en œuvre des activités du projet MCHIP sur la santé de la mère et de l'enfant.

Conclusion

La présente étude se voulait une compréhension des connaissances, attitudes et pratiques des populations sous les effets de la mise en œuvre des activités du projet MCHIP. En outre, il s'agissait d'analyser l'évolution des CAP des populations face au paludisme et à la diarrhée dans le cadre de la santé de la mère et de l'enfant. Pour ce faire, l'étude est partie de l'hypothèse que la mise en œuvre des activités du Projet MCHIP a contribué à améliorer les connaissances,

attitudes et pratiques des populations relatives à la santé de la mère et de l'enfant dans la préfecture de Faranah.

L'analyse des résultats révèle que MCHIP répond parfaitement aux problèmes identifiés, aux besoins réels des populations et à l'évolution du contexte sanitaire en Guinée de manière générale et dans les préfectures de Faranah en particulier. Les problèmes et besoins identifiés constituent des préoccupations des communautés. Les stratégies développées par le projet sont avérées et adaptées aux contextes communautaire et national.

L'analyse des résultats a montré aussi que la mise en œuvre des activités de MCHIP a apporté des changements positifs dans le domaine des connaissances, attitudes et pratiques des femmes en matière de paludisme et de diarrhée. Dans la préfecture, les connaissances des femmes en matière de santé maternelle et infantile ont été améliorées, les attitudes ont été davantage orientées vers une prise en charge adéquate des problèmes de santé des enfants, de la maternité, de la PF et d'une bonne alimentation.

Les pratiques des femmes dans plusieurs domaines ont connu une nette amélioration. Les femmes adoptent des comportements responsables lorsque les enfants tombent malades. Toutefois, il existe encore plusieurs femmes qui ne se sont pas inscrites dans la logique du changement de comportements. Aussi, certains aspects ne sont pas encore abandonnés par de nombreuses femmes comme l'accouchement à domicile, la prise de médicaments à la maison, le refus de toute méthode de PF, etc.

La mobilisation communautaire a été effective autour des objectifs du Projet. La satisfaction des bénéficiaires est quasi-totale. Les partenaires ont une appréciation globale positive du programme et y adhèrent tout comme la population bénéficiaire. Le programme est pertinent et efficace. Sa durabilité dépendra du mécanisme de pérennisation qui sera mis en place au cours de la deuxième phase du projet.

Ainsi, pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile dans les différentes sous-préfectures, une dynamique sociale favorable est amorcée et continue de grandir. L'engagement des Communes Rurales (élus locaux) et de la population en général est certain et très encourageants. L'impact escompté en "termes de possibilité d'un maintien et de poursuite à long terme des bénéfices acquis : couverture des soins prénatals, accouchements assistés, référence et contre référence, réduction des décès maternels reste encore possible".

Références bibliographiques

AURELIEN A. AHOLOUKPE, Université d'Abomey-Calavi - Maîtrise es-lettres 2003 : Etude des représentations socioculturelles liées à la moustiquaire imprégnée en milieu rural au Bénin : cas de l'arrondissement de Ouèdo à Abomey-Calavi

BARRY. M.C, 2019), Perceptions médicales et populaires face à la prévention des difficultés maternelles en milieu rural peul guinéen, Montréal, Canada 6 P

CONDE Karamo, 2017, Perceptions et itinéraires thérapeutiques des populations face à la maladie et aux soins de santé en milieu rural : cas des CR de Tintioulou et Koumban dans la Préfecture de Kankan, mémoire de master, Université Julius Nyerere de Kankan, 75 pages.

COULIBALY S. (1994) : Perception du paludisme et des autres maladies fébriles en zone rurale. « Focus group » réalisés dans les villages de Dielmo et Ndiop (région de Fatick) Sénégal. Thèse de Médecine, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 70 p

DESCLAUX A.ET LEVY J.J (1994), cultures et médicaments. Anciens objets ou nouveaux courants en anthropologie de la santé ? Consulté sur Internet sur www.ant.ulaval.ca

DIAKITE LAMINE, 2021, Orpaillage et dynamique de l'économie des ménages ruraux : cas des zones minières de Siguiri, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Julius

Nyerere de Kankan, 243 pages

DIOUBATE Mamoudou (2000), Impacts des services à base communautaires (SBC) sur la santé maternelle et infantile dans la préfecture de Kankan, Rapport de recherche, Save The Children, Direction Régionale de la Santé, 123 pages.

DOUMBOUYA M.L, (2008), Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée, Workingpaper n° 2008-2, 19 P

FALL A. S., [2002], « Gestion et organisation des centres de santé en Afrique de l'Ouest », Cahier du GERIS : série RECHERCHES, n°21, Université du Québec en Outaouais.

FALL ABDOUL SALAM, BA AMADOU, 2001, (21-48). *La pauvreté à l'assaut des ruraux au Sénégal. De la quantification à l'explication, in la pauvreté en Afrique de l'ouest* CODERSIA, Karthala, Paris, France, 153 pages.

FAYE S., 2000 « Modes de représentations du paludisme chez l'enfant et recours aux soins en milieu rural sereer : Niakhar, Fatick, » DEA d'Anthropologie, Université Cheikh Anta DIOP Dakar, 82 pages.

FOFANA SALIM, 2006, Les aspects psychosociologiques de la gouvernance économique, in Contribution des sciences économiques et sociales à la bonne gouvernance en Afrique, p. 19-25, GTZ, Dalaba du 5 au 7 septembre, 80 p.

MALATO B, (2006), Education pour la santé de la population en République de Guinée. Cas de la commune de Dixinn, Mémoire de maîtrise, Université général Lansana Conté de Sonfonia Conakry (Guinée), 78 pages.

SENOU BM 2002 : *Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique au sud Bénin*, université de Cocody-Abidjan-DEA 2002, 42