

# ETIOLOGIE, PREVENTION ET ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES MALADES DU PALUDISME : CAS DE MOSSIKRO DANS LA COMMUNE D'ATTECOUBE

## **KAMBO Kouablé Boris**

*Docteur en sociologie de la santé*

*Université Félix Houphouët-Boigny (UFHB), Laboratoire d'Études et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales (LERISS)*

*boris.kambo1@gmail.com*

## **N'GUESSAN Manouan**

*Docteur en sociologie de la santé*

*Insti National de la Jeunesse et des Sports (INJS), Laboratoire d'Études et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales (LERISS)*

*nguessanmanouan@yahoo.fr*

## **EKOUN Ahou Épiphanie**

*Doctorante en Sociologie*

*Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan-Cocody (UFHB), Laboratoire d'Études et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales (LERISS).*

*epiphaniekoun@gmail.com*

## **Résumé**

*Le paludisme est un fléau sanitaire majeur dans de nombreuses régions du monde, notamment en Afrique sub-saharienne où l'on dénombre plus de 90% des cas déclarés. En Côte d'Ivoire, il reste l'une des premières causes de mortalité et représente la première cause de consultation et d'hospitalisation dans les formations sanitaires soit 33% (Programme National de Lutte contre le Paludisme, 2020). Ainsi, dans la chapelle préventive, plusieurs politiques ont été mises sur pieds telle la distribution de 15 millions de Moustiquaire Imprégnés à Longue Durée Action (MILDA) et la sensibilisation de la population sur les mesures d'hygiène corporelles et environnementale (Kambo et al, 2021). En dépit des campagnes régulières de sensibilisation menées par les autorités sanitaires gouvernementales et les ONG pratiquement sur tout le territoire ivoirien, le quartier de Mossikro semble n'être pas concerné par la question du paludisme. L'objectif de cette étude est de comprendre l'étiologie socioculturelle du paludisme et d'analyser les moyens de préventions et de thérapie de cette pathologie à Mossikro dans la commune d'Attécoubé. Une démarche qualitative et descriptive a été effectuée sur la base des entretiens et des questionnaires administrés aux chefs de ménages. De nos analyses, il ressort que les habitants ont une connaissance limitée du paludisme. En effet, la majorité des personnes enquêtées ignorent la cause véritable, les modes de prévention et de traitement du paludisme.*

**Mots-clés :** *Paludisme, Perception, Prévention, Maladie, Traitement*

## Summary

*Malaria is a major health scourge in many regions of the world, particularly in sub-Saharan Africa where there are more than 90% of declared cases. In Côte d'Ivoire, it remains one of the leading causes of mortality and represents the leading cause of consultation and hospitalization in health facilities, i.e. 33% (Programme National de Lutte contre le Paludisme, 2020). Thus, in the preventive chapel, several policies have been put in place such as the distribution of 15 million long-lasting action impregnated mosquito nets (MILDA) and the awareness of the population on body and environmental hygiene measures (Kambo et al, 2021). Despite regular awareness campaigns conducted by government health authorities and NGOs practically throughout the Ivorian territory, the Mossikero district does not seem to be concerned by the issue of malaria. The objective of this study is to understand the socio-cultural etiology of malaria and to analyze the means of prevention and therapy of this pathology in Mossikero in the commune of Attécoubé. A qualitative and descriptive approach was carried out on the basis of interviews and questionnaires administered to heads of households. From our analyses, it appears that the inhabitants have a limited knowledge of malaria. Indeed, the majority of people surveyed are unaware of the true cause, the methods of prevention and treatment of malaria.*

**Keywords :** *Malaria, Perception, Prevention, Disease, Treatment*

## Introduction

Le paludisme est un fléau sanitaire majeur dans plusieurs régions du monde, notamment en Afrique sub-saharienne où l'on dénombre plus de 90% des cas déclarés. Il est une maladie dû à des parasites du genre *plasmodium* transmis à l'homme par des piqûres de moustiques femelles de l'espèce anophèles infectés, appelés « vecteur du paludisme ». Le paludisme est une affection fébrile aigue. Chez un sujet non immunisé, les symptômes apparaissent généralement au bout de 10 à 15 jours après la piqûre de moustique infectante (Mouchet et al, 1993).

En effet, il provoque des fièvres, des maux de tête et des troubles digestifs et peut même entraîner la mort en absence de soins. Chaque année, cette pathologie fait de nombreux cas de décès. Les chiffres et les coûts sont élevés. En 2019, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on estimait à 229 millions le nombre de cas de paludisme dans le monde et 340 millions de cas clinique. Étant l'une des préoccupations majeures de santé publique en Afrique sub-saharienne, le paludisme ne cesse d'y faire toujours des victimes. Ainsi, le nombre estimé de décès imputables s'est élevé à 409.000. Les enfants âgés de moins de cinq ans constituent le groupe le plus vulnérable ; ils représentent 76% des décès imputables dans le monde soit 274.000 (OMS, 2020). Selon cette même source, 94% des cas de paludisme et des décès imputables à la maladie se

sont produits en Afrique. En terme économique, le paludisme a des coûts directs ou indirects sur la société en générale.

Les coûts directs supportés par les individus et les ménages sont liés aux traitements ; qui peuvent aller jusqu'à 15.000 Francs CFA par mois et celui de la prévention qui peut atteindre 9 000 Francs CFA par mois. Étant donné que 300 millions d'africains au moins vivent en dessous du seuil de pauvreté international qui est de 1,90 dollar, les coûts associés au paludisme sont énormes pour les populations (Rapport Banque mondiale, 2019). Par ailleurs, les coûts indirects de cette maladie comprennent non seulement des conséquences économiques liées à la mortalité et à la morbidité qui se traduisent par la perte de journée de travail dans les secteurs agricoles et industriels, mais aussi l'absentéisme dans le système éducatif, qui contribue davantage à la baisse de productivité.

En Côte d'Ivoire, le paludisme sévit sur toute l'année avec une recrudescence en saison des pluies. Ainsi, la transmission atteint son maximum pendant les saisons des pluies, de mai à juillet et une saison plus courte d'octobre à novembre. L'ensemble de la population du pays, qui compte environ 26 millions de personnes, est vulnérable au paludisme (RGHP, 2014). Il reste l'une des premières causes de mortalité et représente la première cause de consultation et d'hospitalisation dans les formations sanitaires soit 33% (Programme National de Lutte contre le Paludisme, Op.cit.). Toutes les tranches d'âge des deux sexes sont concernés. Ce sont les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et les personnes vivant avec le Virus de l'Immunodéficiência Humaine (VIH) qui payent le plus lourd tribut (OMS, 2019). Le paludisme continue d'être un problème majeur de santé publique dans le pays, avec environ 3,4 millions de cas et 1.316 décès en 2020. Les taux de dépistage sont élevés, les établissements de santé du pays signalent environ 3,3 millions de cas de paludisme confirmés, et 200.000 cas supplémentaires peuvent être rajoutés au niveau communautaire. Cette situation pourrait être sous-estimée du fait de la faiblesse du système d'information sanitaire (Programme National de Lutte contre le Paludisme, *ibid.* : 3).

À l'évidence, le paludisme constitue encore un véritable problème de santé publique en Côte d'Ivoire, bien qu'un arsenal de mesures adoptées par l'État pour lui barrer la route soit mis en branle. De la prévention à la Prise en Charge (PEC), la question paludisme continue à faire droit de

cité. Dans la chapelle préventive, plusieurs politiques ont été mises sur pieds telles que la distribution de 15 millions de Moustiquaire Imprégnés à Longue Durée Action (MILDA) et la sensibilisation de la population sur les mesures d'hygiènes corporelles et environnementales (Kambo et al, op.cit. : 1).

Cependant, si aujourd'hui le paludisme continue de faire des ravages au sein des ménages à Abidjan en général et précisément à Attécoubé, il est dû aux entraves multiformes qui jalonnent le chemin des activités de lutte. Au nombre de ces difficultés, figurent les méthodes de prévention, de traitement et les causes qu'une population donnée attribue à la pathologie en question. À Mossikro, les habitations sont de formes irrégulières, agencées dans une architecture touffue et précaire avec des rues étroites ne permettant pas une circulation fluide des personnes, des biens et des véhicules. Le développement anarchique et incontrôlé des habitations a engendré une promiscuité des maisons. Le déficit d'assainissement dans le quartier précaire Mossikro, amène les ménages à déverser leurs eaux usées dans les rues et les ruelles. Des espaces non aménagés, appelés déversoirs d'eaux usées sont alors choisis dans les rues par les populations pour servir des lieux d'évacuation quotidienne des eaux usées de tout genre. En dépit des campagnes régulières de sensibilisation menées par les autorités gouvernementales et les ONG pratiquement sur tout le territoire ivoirien, le quartier de Mossikro semble n'être pas concerné par la question du paludisme.

En effet, à Mossikro, aucun système d'évacuation des eaux usées n'est construit. Enfants comme grandes personnes sont parfois et bien souvent victimes de cette maladie qui est un problème majeur de santé publique. Cette situation est d'autant plus critique qu'en dépit de la présence d'une population d'origine multiculturelle dans ce quartier et vue la précarité du site habité par ces populations, il n'existe nulle part dans le quartier un centre de santé. Alors cette situation nous amène à nous interroger sur la réaction des habitants de Mossikro face au paludisme. Ce texte se propose en effet d'analyser les connaissances des habitants de Mossikro sur le paludisme. De façon spécifique, il s'agira de relever les perceptions liées à la maladie, d'identifier les attitudes et comportements face aux modes de prévention et enfin, de déterminer l'itinéraire thérapeutique des participants.

## 1. Méthodologie

Les investigations de l'étude ont été réalisées sur une population de 142 ménages dans la commune d'Attécoubé. Le choix de ce cadre se justifie d'une part du fait que Mossikro est un quartier populaire qui abrite une forte population multiculturelle, et d'autre part par la conception que les habitants de ce bidonville se font du paludisme. Il s'agissait d'une étude descriptive, de type quantitatif. Un questionnaire avec des questions à 4 niveaux (Souvent, Rarement, Toujours, Ne sait pas) a été utilisé (N'Da, 2002). Notre population a été définie comme étant l'ensemble des chefs de ménages acceptant de répondre à notre questionnaire. La méthode d'échantillonnage adoptée était la méthode par grappe (Dufour, 2012). Car, les enquêtés étaient libre de répondre ou pas au questionnaire. Au niveau des participants qualitatifs, il a été estimé nécessaire de recueillir des informations auprès du Ministère de la santé publique, de l'OMS et du PNLP. Ainsi, 12 entretiens semi-directifs sur la base de la saturation, ont été effectués lors de l'étude. Cet échantillon a été constitué par la technique d'échantillonnage raisonnée (Blanchet, 1992).

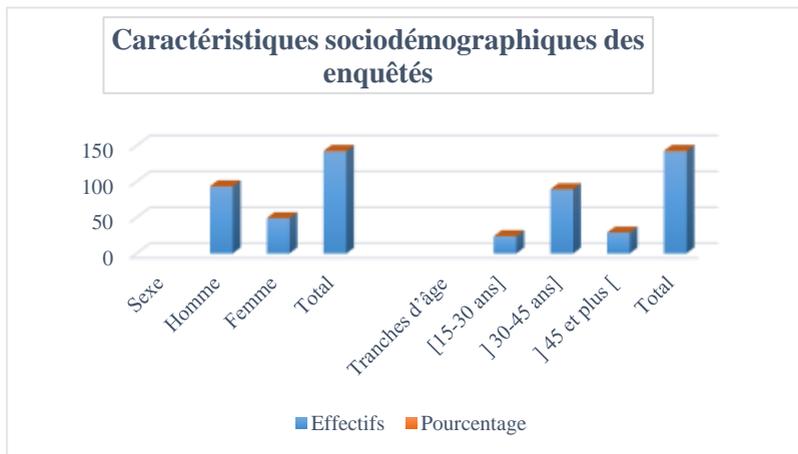
L'analyse des données s'est appuyée sur la démarche proposée par Ajzen en 1991 (Ajzen, 1991). La théorie du comportement planifié considère que l'engagement volontaire d'utiliser un MILDA ou de s'orienter vers un établissement sanitaire en cas du paludisme est lié à la formulation d'une intention. Cette intention est elle-même déterminée par les attitudes de la personne vis-à-vis de ce comportement, définies par ses croyances par rapport aux conséquences du comportement en question. De même, cette intention est alimentée par les normes subjectives de l'acteur, définies par ses croyances relatives à ce que pensent les personnes importantes (les parents, les pairs) de ce comportement, de son utilité ou de sa pertinence (Ajzen, *ibid*).

## 2. Résultats

Cette partie de la rédaction est articulée autour des thématiques telles les perceptions liées à la maladie, les attitudes et comportements face aux modes de prévention et enfin, l'itinéraire thérapeutique des participants.

## 2.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

Graphique 1 : Caractéristiques sociodémographiques (n = 142)



Source : Kambo, N'Guessan & Ekou, 2021

En passant en revue l'indicateur sexe, il ressort du graphique 1 que 65,5% des enquêtés sont masculin et 34,5% de la gente féminine. Cette prépondérance des hommes s'explique par le fait qu'en Afrique de façon générale et en Côte d'Ivoire en particulier, la responsabilité de chef de ménage incombe à la gente masculine qui peut être le père, l'oncle ou le fils le plus âgés. La proportion des chefs de ménage de sexe féminin n'est pas pour autant négligeable. Plusieurs situations expliquent cet état de fait. En effet, une femme peut se retrouver chef de ménage pour des raisons de veuvage, divorce, d'abandon ou d'absence prolongée de son conjoint.

Outre le sexe, il y a l'âge. La tranche la plus représentée au regard des effectifs est l'intervalle compris entre 30 et 45 ans soit 62,7%. Elle est la plus importante parce qu'elle représente la tranche active de la population selon l'Institut National des Statistiques (INS, 2014). Généralement à cet âge, l'individu a fini le circuit scolaire ou celui de l'apprentissage des métiers divers. Alors, il est en pleine activité et par conséquent est à même de fonder un foyer dans lequel il peut être le chef de ménage.

Par ailleurs, l'interprétation des informations collectées concernant la situation matrimoniale révèle un nombre important des enquêtés mariés soit 92, ensuite 18 sont divorcés, 12 veufs (ves) et 20 célibataires. Cette

supériorité des mariés (92 soit 67,8%) s'explique par le fait que le mariage est une obligation à la fois religieuse et coutumière pour les personnes ayant atteint la maturité. Aussi, il est nécessaire de s'intéresser au niveau d'instruction des participants. En observant les acteurs audités, on constate une dominance des enquêtés non scolarisés estimé à 47,2%, ensuite 26% ont un niveau primaire, 17% sont secondaires et enfin, 9,2% avec un niveau supérieur. Ce résultat (47,2% non scolarisés) n'est pas nouveau puisqu'il confirme ceux de l'étude menée par l'INS. Cette situation trouve son explication dans le fait que le taux de scolarisation est faible à Mossikro. Les leaders d'opinions du quartier de Mossikro reconnaissent que la grande majorité de la population de leur quartier n'ont jamais été à l'école.

*« Tu sais c'est difficile chez nous de manger donc mettre l'enfant à l'école on ne peut même pas en parler. Tu ne peux pas manger c'est l'argent de cahier et du transport pour aller à l'école tu peux donner. C'est ça qui fait que nous disons à nos enfants dès 15 ans d'arrêter l'école et d'aller se chercher. Mon petit c'est chaud. C'est aussi ce qui fait qu'on parle beaucoup notre langue maternelle mieux que les autres. » [Leader d'opinion 51 ans, 1-Mossikro].*

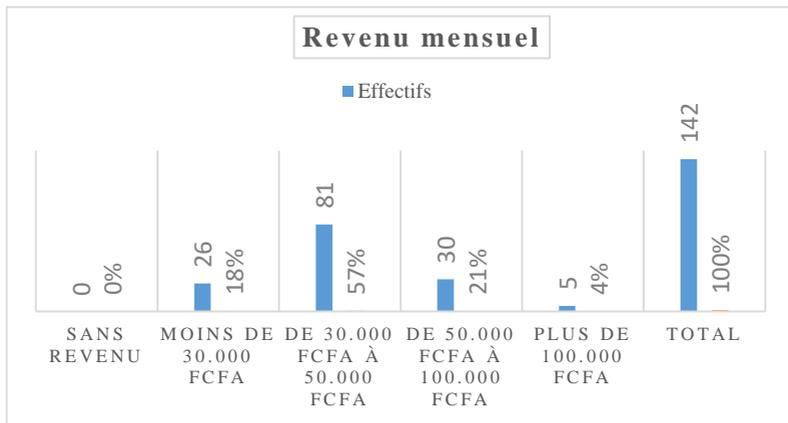
*« Ici les parents n'ont pas les moyens comme dans les autres quartiers donc la majorité de ceux que tu vas voir ne sont pas allés à l'école et s'ils sont allés ils ne sont pas arrivés loin dans les études. Votre école là chaque fois que tu avances ça devient cher, nous on n'a pas l'argent pour payer école chère. » [Ménagère 31 ans, E23-Mossikro].*

Ces affirmations sont vérifiées par l'aptitude à lire et à écrire des différents participants. 63% des enquêtés ne savent pas lire. Si l'on tient compte de la proportion de sans niveau mentionnée, on note qu'il existe un certain nombre de personnes bien qu'ayant été à l'école (niveau primaire) sont souvent victime de l'illettrisme quand elle se retrouve dans une activité qui ne nécessite pas cette qualité. Par ailleurs, dans les campagnes de masse relatives à la santé, le faible niveau d'alphabétisation et les obstacles dus à la langue contribuent entre autres à entraver l'accès aux informations, ce qui peut particulièrement toucher les minorités, les populations mobiles et les femmes, qui présentent généralement un niveau d'analphabetisme plus élevé que les hommes.

## 2.2. Conditions de vie socio-économique des habitants de Mossikro

À ce niveau du travail, la variable de vie socio-économique et ses indicateurs tels que : la profession, le revenu mensuel et le nombre de personnes dans le ménage seront mis en évidence. Partant de la profession des participants, il faut souligner que le secteur informel occupe la majorité des enquêtés avec 92, le secteur formel 35 et les sans-emplois 15. Cette prédominance du secteur informel s'explique par le fait que l'investissement dans ce secteur ne nécessite pas d'importants moyens financiers et est plus facile d'accès. En effet, l'individu n'a pas besoin de suivre une formation spécifique ou d'être titulaire d'un diplôme particulier pour avoir accès à ce secteur d'activité. Ainsi, une partie des habitants de Mossikro étant sans niveau, le secteur privilégié où elle peut s'investir sans difficultés reste l'informel.

**Graphique 2 :** Répartition des enquêtés selon le revenu mensuel (n = 142)



Source : Kambo, N'Guessan & Ekou, 2021

Quant au revenu mensuel, les données collectées révèlent que 18% des enquêtés ont moins de 30.000 Fcfa par mois, 57% ont un revenu compris entre 30.000 Fcfa et 50.000 Fcfa ce qui fait une moyenne d'environ 1.500 Fcfa par jour ; 21% ont un revenu compris entre 50.000 Fcfa et 100.000 Fcfa et seulement 4% ont plus de 100.000 Fcfa. Il ressort que les habitants de Mossikro gagnent majoritairement par mois la somme de 50.000 Fcfa. Ce qui fait une moyenne d'environ 1.500 Fcfa par jour.

Sachant bien que cette somme est utilisée pour les charges quotidiennes (approvisionnement en eau et en nourriture). Cela est un indicateur de la précarité des conditions de vie des habitants de Mossikro. Si l'on cumule les proportions de ceux qui ont moins de 30.000 Fcfa et ceux qui ont entre 30.000 Fcfa et 50.000 Fcfa, nous pouvons dire que 80% des habitants de Mossikro gagnent moins de 50.000 Fcfa par mois. Toutefois soulignons que le revenu mensuel est aussi fonction de l'activité exercée. La majorité exerce dans le secteur informel. Par conséquent, cette pauvreté peut entraîner un accès insuffisant aux soins ou un report du recours aux soins en raison des coûts, par peur des agents de santé, par manque d'informations, en raison d'un mauvais accès aux mesures préventives comme les moustiquaires imprégnées d'insecticide ou de la précarité des logements, entre autres.

À Mossikro, selon les informations recueillies, 7% des participants ont moins de 02 personnes dans le ménage, 31% des enquêtés ont entre 02 à 05 personnes dans le ménage, 50% ont entre 06 à 10 personnes et 12% des enquêtés ont plus de 10 personnes dans le ménage. En effet, plus de la moitié des habitants de ce bidonville ont entre 02 à 05 personnes dans le ménage avec un revenu mensuel qui varie entre 30.000 Fcfa à 50 000 Fcfa. Cette information traduit la faiblesse du niveau de vie socioéconomique des enquêtés. C'est la précarité des conditions de vie qui est ainsi mise en exergue. Et cette situation influence la méthode de traitements des maladies comme le paludisme par les habitants de Mossikro. Les méthodes de prévention et de thérapie du paludisme par ces habitants varient en fonction de leurs conditions de vie socioéconomiques ; c'est-à-dire la combinaison de leurs ressources financières et de leurs responsabilités sociales. De plus, ces conditions de vie modeste ne permettent pas à tous les habitants de détenir un compteur électrique (81% n'ont pas de compteur d'électricité). Ainsi, il s'est développé une sorte de communautarisme marchant sur les compteurs électriques. C'est-à-dire qu'un seul compteur dessert plusieurs familles moyennant un coût qui est préalablement fixé en fonction du nombre de lampes électriques et d'appareils électroménagers. Dans ces conditions, il est difficile et voir impossible de dormir sous un ventilateur. Parallèlement à cela vient s'ajouter l'absence de compteur d'eau. 85% des enquêtés n'ont pas de compteur d'eau. Ils s'approvisionnent dans des cours voisines par des méthodes d'achats. Ces lieux de vente d'eau sont en sorte des bornes fontaines où plusieurs familles s'approvisionnent. Cela a donc pour conséquence la présence sur ces lieux de flaque d'eau

et même parfois des ordures qui sont des nids de moustiques, vecteur de paludisme.

### ***2.3. Étiologie socio-culturelle du paludisme***

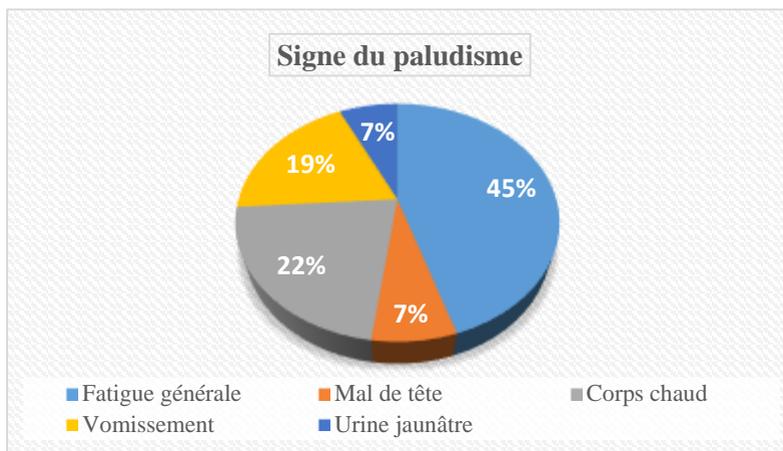
Les résultats de l'étude montrent que seulement 4% des enquêtés connaissent la cause réelle du paludisme (l'anophèle). 96% des personnes interviewées ont une connaissance assez confuse de la question. Pour eux, la cause du paludisme est multiple. Ils évoquent tantôt le soleil, la fatigue, tantôt la transgression des interdits sociaux. Ces données montrent que le niveau de connaissance des enquêtés sur la maladie est relativement bas. Cette réalité est liée à leur niveau d'instruction dans la mesure où ceux qui ont trouvé le nom véritable de l'agent pathogène sont des universitaires. Les leaders d'opinion reconnaissent aussi que le moustique est le vecteur du paludisme. Ils savent que le paludisme se manifeste par une température élevée du corps. Quant à ceux qui énoncent plusieurs éléments comme cause de la pathologie, ils sont pour la plupart des analphabètes et des personnes de niveau primaire. Aussi, ils prétendent que le paludisme est la source d'avènement de plusieurs autres maladies à cause de ces multiples symptômes. On pourrait dans ces conditions dire que le niveau de connaissance sur le paludisme dépend du niveau d'instruction. Pour la participante [Élève 21 ans, E64-Mossikero] : « le paludisme est causé par la piqûre de moustiques (anophèle femelle). J'ai reçu cette information lors des campagnes de sensibilisation dans notre établissement. » Par contre, certains participants soulignent que le paludisme est causé par les aliments que nous consommons. Cet argumentaire est relaté en ces termes :

*« Les moustiques, le fait de manger les œufs, les fruits et les légumes mal lavés, les aliments avec trop d'huile, l'eau sale ; tout ça peut donner le paludisme à une personne. J'ai reçu l'information de mes parents et de mes amis. Ils disent aussi que le soleil ou la chaleur que le soleil produit donne le paludisme. » [Mécanicien 45 ans, E3-Mossikero].*

Lors des interrogations, 63% des participants affirment qu'il existe des aliments à éviter par peur de contracter le paludisme. Cette réponse traduit deux réalités : Primo, ces personnes ignorent que ce ne sont pas les aliments que nous consommons qui provoquent le paludisme. Certains aliments ne sont que des facteurs déclencheurs. Secundo, elles prennent des dispositions pour éviter la maladie (se priver de consommer

certains aliments). Ce qui veut dire qu'elles redoutent le paludisme de fait de ces effets néfastes sur la santé. Le « non » donné comme réponse par les 37 autres soit 37% peut signifier d'une part qu'elles ne se soucient pas de la maladie et d'autre part que la contamination n'est liée à l'alimentation.

**Graphique 3 :** Répartition des habitants de Mossikro selon leurs connaissances des signes du paludisme (n = 142)



Source : Kambo, N'Guessan & Ekou, 2021

À partir du graphique 3, il est indiqué que les habitants de Mossikro ont 5 éléments pour diagnostiquer le paludisme. Il nous renseigne que tous les signes donnés par les enquêtés sont ceux que reconnaissent la médecine moderne avec une prédominance au niveau des notions telles que : la fatigue générale (45%), le corps chaud (22%) et le vomissement (19%). Toutefois, selon cette médecine, ces signes apparaissent en fonction du niveau d'évolution de la maladie. Ceux qui sont évoqués par les participants n'apparaissent qu'au stade assez avancé de la maladie. Autrement dit, les personnes interrogées n'identifient le paludisme qu'au stade d'évolution assez avancée. En 1998, Boua montre que les signes du paludisme majoritairement cités dans son étude sont : la fièvre (corps chaud) était le signe le plus évoqué par les participants avec 94,54%, suivi des maux de tête avec 80,46% et la fatigue générale avec 70,97% (Boua, 1998). Sanata Coulibaly, Simon Péguédwindé Sawadogo, Aristide

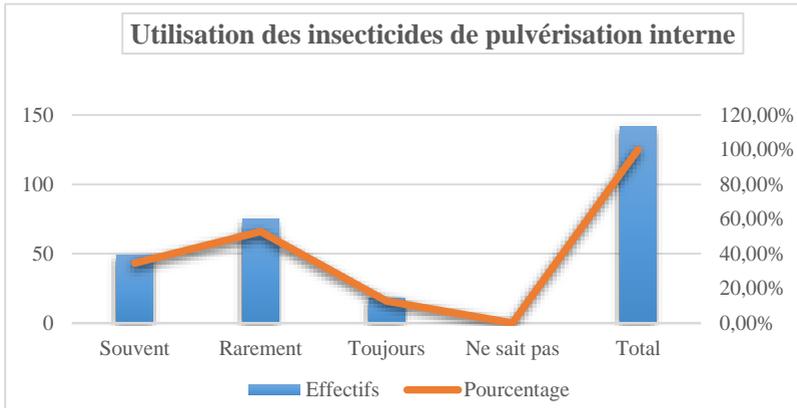
Sawdetuo Hien et al (2021) avaient trouvé dans leur étude que les signes du paludisme comme les maux de tête étaient le signe le plus mentionnés par les participants avec 93,4%, suivi de la fièvre avec 90,2% et des vomissements avec 88 % (Sanata Coulibaly *et al*, 2021). Dans une étude réalisée à Ouélessebougou par Goïta en 2012, la fièvre était le symptôme le plus évoqué par les participants avec 74,4%, suivi des vomissements avec 69,4% et des céphalées avec 60,4% (Goïta, 2012).

Cependant, il ressort que la majorité de nos enquêtés soit 86% versent les eaux usées de ménages et de lessives dans la rue et dans la cour. Cela favorise la formation des gîtes de moustiques. Cette attitude s'explique par le fait que le réseau d'égout du quartier ne leur permet pas de faire autrement. S'il est vrai que le réseau d'égout ne leur laisse pas le choix, ils peuvent en revanche prendre des dispositions locales pour palier à cette situation. Ces dispositions n'étant pas prises, on pourrait penser que les habitants de Mossikro ne se soucient pas des risques qu'ils courent ainsi. De plus, les ménages ont dû mal à conserver leurs ordures.

En réponse à la question de savoir où ils conservent leurs ordures ménagères. Il ressort donc que la quasi-totalité des participants (85%) utilisent des sacs poubelles et des poubelles non couvertes. Ce qui provoque la création des gîtes de moustiques autant que les eaux usées. En effet, avec la structure des ordures ménagères, il y a presque toujours de l'eau dans les poubelles. Cette eau peut être le nid des moustiques. Le danger que constitue l'utilisation des poubelles non couvertes et des sacs poubelles est accentué quand ces poubelles sont gardées soit dans la cour soit devant la maison. Par ailleurs, il est important de signaler qu'en plus de petits gîtes larvaires que créent les ménages, les sociétés de ramassage créent des gîtes bien plus grands. En effet, nous avons remarqué l'existence de plusieurs dépotoirs d'ordures non couverts. Ces dépotoirs sont situés non loin des habitations. Les mauvaises odeurs de ces lieux agissent sur la santé des populations. L'utilisation des poubelles non couvertes et des sacs poubelles par les populations est liée à un facteur économique. Les poubelles couvertes coûtent entre 5.000 Fcfa et 15.000 Fcfa. Ce qui paraît élevé pour des habitants économiquement faibles. Ces habitants de Mossikro préfèrent alors recourir à des poubelles non couvertes qui sont en général de vieux seaux ou des sacs vides dont l'acquisition ne nécessite pas de dépenses financières. En optant pour cette solution, les habitants de Mossikro ignorent qu'ils s'exposent par la même occasion à plusieurs maladies dont le paludisme.

## 2.4. Méthode de prévention du paludisme

**Graphique 4 :** Répartition des enquêtés selon l'utilisation des insecticides de pulvérisation interne (n = 142)



Source : Kambo, N'Guessan & Ekou, 2021

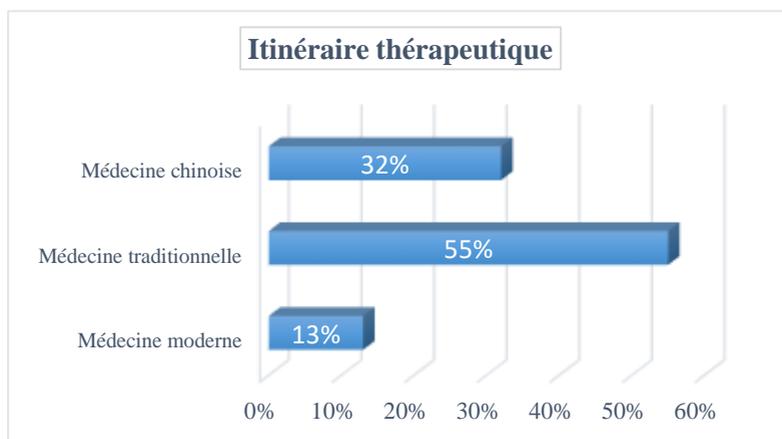
Pour les méthodes de prévention du paludisme, 37,2% des enquêtés utilisent souvent les insecticides de pulvérisation interne, 47,2% utilisent rarement tandis que 15,6% utilisent toujours les insecticides de pulvérisation interne. Les leaders du quartier confirment que la majorité des habitants n'utilise pas de moustiquaire ou d'insecticides. Cela est dû à plusieurs causes parmi lesquelles l'on peut citer le manque de moyen financier et la conception selon laquelle il n'y aurait pas de moustique dans le quartier. Dans les pratiques courantes des habitants de Mossikro, les moustiquaires ne sont pas installées en permanence dans la plupart de ménage. Les MILDA ne semblent pas être perçue par la communauté comme outil de lutte efficace contre le paludisme, mais plutôt moyen de lutte contre la nuisance occasionnée par les moustiques. Cependant, l'inadaptation des moustiquaires à l'environnement tel que l'espace très restreint, ou le lit en bambou pourrait expliquer l'écart entre le taux de possession des moustiquaires et l'utilisation dans les ménages. Voici en une phrase les propos du participant [Étudiant 26 ans, E19-Mossikero] : « J'utilise la moustiquaire imprégnée, parfois j'utilise aussi des spirales anti-moustiques pour me protéger contre le paludisme. » De son côté, l'enquête [Militaire 30 ans, E15-Mossikero] nous souffla : « Moi j'ai des répulsifs traditionnels ainsi que des spirales que j'utilise pour éviter d'avoir le paludisme. »

Opposés aux verbatim précédents, les propos de la participante [Commerçante 28 ans, E77-Mossikro] recueillis lors de l'entretien montrent qu'elle n'utilise pas les différents moyens de prévention contre le paludisme. Elle explique cela de la façon suivante : « La nuit je ne dors pas sous une moustiquaire. Moi, quand je me couche en bas j'ai chaud et je suis pour la plupart du temps étouffée donc je refuse de me coucher en bas de ça. »

Néanmoins, 82% de nos enquêtés pense qu'il est possible de prévenir le paludisme tandis que 5% réfutent cette position et 13% ne savent rien sur la prévention du paludisme. En ce qui concerne la possibilité de prévenir le paludisme 13% ne savent pas. Il faut noter que cette fréquence est plus citée par les participants non-scolarisés. Ce qui n'est pas négligeable pour une population vivant en zone urbaine où l'accès à l'information est plus facile ainsi que la communication de masse autour de la maladie. 82% pensent qu'il est possible de prévenir le paludisme. Selon 9, 38% des enquêtés, le paludisme peut entraîner la survenue d'autres maladie, 59% pensent que le paludisme ne peut pas entraîner la survenue d'autres maladies et 3% ne savent rien sur cette question.

### ***2.5. Itinéraire thérapeutique des habitants de Mossikro face au paludisme***

**Graphique°5 :** Répartition des participants selon leur opinion sur la thérapie la plus efficace contre le paludisme (n = 142)



Source : Kambo, N'Guessan & Ekou, 2021

Selon le graphique 5 : 13% des enquêtés pensent que la médecine moderne a le traitement le plus efficace contre le paludisme, 55% pensent que c'est la médecine traditionnelle et 32% pensent que c'est la médecine chinoise. Concernant le traitement du paludisme, 100% des enquêtés pensent qu'il est possible de le traiter. Cette position de la majorité trouve son explication à deux niveaux. D'une part, le paludisme est considéré comme une maladie passagère, éphémère et d'autre part, nos enquêtés prétendent maîtriser la maladie parce qu'aussi bien au niveau de la médecine traditionnelle que de la médecine moderne il existe des remèdes.

Il faut retenir à travers les statistiques de ce graphique que pour une pathologie fréquente comme le paludisme, les habitants de Mossikro pratiquent d'une part l'auto médication. Elle consiste à acheter des comprimés sur des trottoirs appelés médicaments issues des pharmacies par terre dont les coûts sont à la portée de toutes les bourses. Les conditions de conservation et de péremption de ces médicaments restent très incertaines. D'autres part, il reste très lié à la radiothérapie. En effet, 55% des personnes interrogées affirment recourir à la médecine traditionnelle en cas d'attaque paludique. Les prestations ou médicaments de cette médecine étant moins coûteux, elle se présente alors comme la voie adéquate pour les personnes vulnérables financièrement. Pour les leaders du quartier, un cas de paludisme n'émeut personne et pour le traitement, ils ont souvent recours à l'automédication ou à la médecine traditionnelle. Le malade n'est conduit dans un centre de santé que lorsque son état s'aggrave. Rabe avait trouvé dans son étude en 2003 à Madagascar que l'automédication traditionnelle (57,5%) et l'hôpital (41,3%) sont les différents lieux des premiers recours aux soins en cas d'attaque paludique (Rabe, 2003 : 179).

### **3. Discussion**

Les sciences sociales (sociologie, anthropologie, histoire, etc.) étudient la pathologie, pas uniquement comme un fait biologique, mais aussi comme un événement socio-culturel. Toute maladie en particulier le paludisme, est objet de représentations et de pratiques populaires, d'enjeux et d'usages sociaux qui varient d'un contexte culturel à l'autre. Ainsi, il paraît nécessaire d'interroger les attitudes des habitants de Mossikro face à cette maladie.

### ***3.1. Condition de vie socio-économique comme facteur favorisant le choix de la médecine traditionnelle***

La prévention et la prise en charge du paludisme sont fonction des perceptions que se font les habitants de Mossikro de cette maladie. Ces représentations ont aussi un effet sur les attitudes de santé, ayant pour conséquence un recours tardif aux établissements sanitaires pour la PEC des pathologies. Dans le cadre de l'étude, les raisons du recours tardif aux formations sanitaires sont diversifiées. En effet, le manque d'argent est la raison la plus évoquée par les participants. La majorité des chefs de ménages gagnent moins de 50.000 Fcfa par mois et ont au minimum 2 à 5 personnes à charge dans leur ménage.

Par conséquent, ce manque d'argent devrait être relativisé au vu des dépenses que font les populations pour les charges quotidiennes. Ainsi, la situation de précarité que vivent les participants serait l'un des freins à la fréquentation des formations sanitaires souvent éloignées des lieux d'habitation au détriment de la médecine traditionnelle. Alors, quand les premiers signes du paludisme apparaissent, les populations ont plus recours aux thérapeutiques endogènes, héritées des parents ou connaissances, basées sur les plantes et leurs dérivés. Fortement pratiquée, la phytothérapie fait partie du stock de connaissance des populations de Mossikro en matière de lutte contre le paludisme. Cet argumentaire est partagé par Faye (2000) en ces termes : « *La pratique thérapeutique de soins sous la forme traditionnelle s'inscrit pour la plupart du temps dans une dynamique de gestion économique de la pathologie* » (Faye, 2000 : 65).

En effet, les soins traditionnels sont facilement accessibles et peu onéreux, coûtant en moyenne moins de 100 Fcfa. Cette réalité économique est sans aucun doute, une raison de la propension à soigner à domicile, surtout pour des ménages où les ressources financières sont précaires et souvent insuffisantes pour prendre en charge un recours au dispensaire la plupart du temps coûteux (Faye, *ibid*). De son côté, Zondi (2001) soutient que la tradi-thérapie est une pratique courante aux premiers moments d'un accès palustre constaté chez l'individu. En fonction de l'activité du chef de ménage, elle est pratiquée par 90% des ménages dirigés par des agriculteurs, contre 82% des commerçants, 78% des fonctionnaires et 75% des artisans en milieu urbain (Zondi, 2001). La médecine traditionnelle semble être le recours le plus en vue dans la thérapie des accès palustres. Cette façon de procéder serait liée à la situation économique dans laquelle évoluent les individus infectés. Le

recours à une formation sanitaire occasionne des dépenses parfois exorbitantes que la trésorerie familiale le plus souvent ne peut supporter.

La contrainte économique se révèle donc un facteur essentiel dans le choix des itinéraires thérapeutiques dans l'accès palustre. C'est ainsi qu'en 2002, Franckel montre que les soins pratiqués au sein de la concession constituent une première démarche thérapeutique spontanée dans la zone de Niakhar car plus de 90% des épisodes du paludisme sont d'abord traités à domicile dès l'apparition des symptômes et surtout durant les deux premiers jours de maladie. Les populations utilisent un large éventail de soins à domicile, faisant à la fois appel à leur savoir-faire traditionnel et à leur connaissance des vertus thérapeutiques de certaines plantes. Les principaux soins traditionnels pratiqués par la population sont les massages à base de beurre de karité, de poudres de plantes ou de médicaments pilés ; ou encore, l'enveloppe fraîche, consistant à appliquer sur le corps chaud un linge humide afin de diminuer la fièvre. On retrouve aussi l'usage des tisanes, des bouillies à base de plantes locales à boire ou à inhaler et des fumigations.

Les raisons de cette pratique thérapeutique traditionnelle sont souvent liées aux barrières géographiques en matière d'accès aux établissements sanitaires, au manque de moyens financiers et à l'état de l'environnement social (Franckel, 2002). Ces résultats corroborent avec ceux du Fonds Mondial (2019). Selon les résultats de l'étude menée par cette institution, les populations mal desservies sont souvent privées de soins de santé en raison d'obstacles tels que la vulnérabilité financière. Cette vulnérabilité peut entraîner un accès insuffisant aux soins ou un report du recours aux soins en raison des coûts, par peur des agents de santé, par manque d'informations, en raison d'un mauvais accès aux mesures préventives comme les moustiquaires imprégnées d'insecticide ou de la précarité des logements, entre autres. Ainsi, le risque de contracter le paludisme est plus élevé dans les communautés vulnérables financièrement. Pourtant, le paludisme en lui-même constitue une charge pour les communautés et aggrave la pauvreté et l'inégalité en raison d'une perte de productivité ou de revenu liée à la maladie ou au décès.

Alors, ces communautés font recours à la médecine traditionnelle dans les cas palustres. C'est seulement, en cas de persistance de la maladie et ayant épuisé toutes les ressources thérapeutiques traditionnelle qu'elles ont recours au centre de santé. Généralement dans la localité, quand les individus souffrent du paludisme, ils utilisent en premier lieu les

médicaments traditionnels. Ce n'est qu'une fois acculées que les populations ont recours aux soins hospitaliers (Bakoura, 2012). Contrairement aux argumentations précédentes, Guillaume et Rey (1988) justifient que le choix de l'automédication ne révèle pas uniquement de la vulnérabilité financière des ménages. Pour eux, au-delà de la situation économique du ménage, les caractéristiques de l'offre de soins peuvent aussi peser dans la décision de soigner à domicile. L'accessibilité aux structures sanitaires, la non disponibilité des médicaments, les comportements des soignants vis-à-vis des malades sont autant d'aspects qui peuvent pousser à ne pas recourir au dispensaire et à soigner à domicile, même pour des familles ayant les ressources économiques nécessaires. La représentation de la maladie, de ses causes, sa gravité et plus particulièrement de l'évolution des symptômes est aussi un aspect essentiel pouvant déterminer le choix d'un traitement à domicile. Selon Guillaume et Rey « en général, même si le village est proche d'une structure sanitaire de type biomédical, les maladies (considérées comme) bénignes, ne nécessitant pas une explication causale seront traitées par la famille. Si la maladie apparaît grave dans ses premières manifestations, évoquant une cause surnaturelle (sorcellerie non instrumentale fréquente chez les petits enfants) la consultation d'un thérapeute traditionnel et éventuellement une visite au dispensaire sera le mode de réponse le plus commun » (Guillaume et Rey, 1988).

Le contexte économique de Mossikro dans la commune d'Attécoubé que nous avons caractérisé plus haut éclaire la compréhension de l'influence des conditions socio-économiques dans le choix de l'itinéraire thérapeutique en contexte du paludisme. Cependant, il n'est pas le seul et d'autres raisons existent tels les modes de représentations du paludisme et le mode d'organisation des formations sanitaires.

### ***3.2. Paludisme, pathologie aux multiples symptômes et perçu comme source des maladies***

À Mossikro, ressentir les signes du paludisme, c'est couvrir une maladie encore indéterminée qui peut être le paludisme ou une autre maladie qui, au fil des jours en se développant va se spécifier. Par conséquent, cette pathologie est considérée comme un terrain ou, un facteur favorisant l'émergence des autres maladies à travers une panoplie de signes. Contrairement à la médecine moderne qui relie le paludisme à un seul vecteur, les communautés d'Attécoubé y voient plusieurs agents causaux notamment les moustiques (4%) tandis que la majorité (96%) ont cité le

manque d'hygiène, le soleil, la fatigue, tantôt la transgression des interdits sociaux... comme les vecteurs du paludisme. Dans la littérature sur le paludisme que nous avons exploré, la dimension extensive de la maladie n'a pas été assez démontrée.

Les travaux réalisés au Burkina Faso par nombre d'auteurs dans des aires culturelles différentes ne font pas mention de cette particularité du paludisme dans l'imaginaire profane comme étant la source des autres maladies comme l'ont montré les résultats de l'étude (Faizang, 1982 ; Bonnet, 1986 ; Dacher, 1990). Même les travaux réalisés par les auteurs comme Okrah *et al.* (2002) ; Müller *et al.* (2004) ; Beiersmann *et al.* (2007) n'ont pas décrypté cette représentation faisant du paludisme, la source principale de presque l'ensemble des pathologies. En effet, de cette racine qu'est le paludisme, chaque maladie au fil des temps se spécifie. Cette affirmation est soutenue par Okrah *et al.* (2002) en ces termes : « *C'est cette large dimension syndromique qui explique dans une certaine mesure le caractère pathogène du paludisme et, son assimilation à un large éventail de maladies apparemment contradictoires ou, agissant sur des registres différents.* » Partant de cette logique, les problèmes respiratoires, les ulcères d'estomac... sont mis sous la même enseigne et donc, considérés comme des signes ou des formes de paludisme comme le traduisent les travaux réalisés par Beiersmann *et al.*, en 2007 (Beiersmann *et al.*, *op.cit.*).

Pour ce qui concerne les signes du paludisme, nos résultats actuels se rapprochent d'autres réalisés sur des terrains différents ; ce qui permet de penser que d'une culture à une autre, il y a tout de même certaines similitudes dans les représentations des communautés malgré les barrières géographiques. Contrairement à certaines populations qui considèrent le paludisme comme une maladie bénigne et les piqûres de moustique peu dommageables, dans notre aire de recherche, les données de l'administration du questionnaire et d'entretiens individuels laissent transparaître que les moustiques sont perçus comme nuisibles et vecteurs du paludisme. Au niveau des signes, il y a la fatigue générale (45%), le corps chaud (22%), le vomissement (19%), maux de tête (7%) et urine jaunâtre (7%). Les données collectées et analysées sont conformes à celles de Roger, (1993) et Palé (2013) (Roger, 1993 : 83 ; Palé, 2013). Les symptômes qui évoquent le paludisme respectivement chez les *Lobi* et les *Birifor* sont appelés *gangossine* et *maarou*.

Les formes graves sont appelées *djakodjo* par les deux ethnies. Et les signes sont le corps chaud, le manque d'appétit, les vomissements, la

diarrhée, les pleurs. Les signes de gravité sont les douleurs musculaires et articulaires, la fatigue, la pâleur des yeux et des paumes de la main, la coloration jaunâtre des yeux, des paumes et de la plante des pieds. Ces symptômes apparaissent pour la plupart chez les enfants contrairement aux adultes. Pour les personnes âgées, en plus des symptômes cités par l'auteur, il évoque les maux de tête, la constipation, les insomnies, les cauchemars, l'amaigrissement, les délires, la diarrhée, les maux de ventre et des plaies au niveau de l'estomac. Il faut savoir que l'ensemble de ces symptômes n'apparaît pas en même temps et chez tout le monde. Du côté des tradi-praticiens, les signes les plus récurrents du paludisme sont ceux qu'ils ont vécu comme malade et ceux qu'ils ont observé chez leurs patients. Ils font l'amalgame entre les symptômes d'autres maladies et le paludisme.

Ces symptômes sont cités car le paludisme peut être un symptôme de ces maladies. C'est le cas de la méningite dont les symptômes majeurs sont le « corps chaud », la raideur de la nuque. Les tradi-praticiens ainsi que les personnes âgées, citent également des plaies de l'intestin ou de l'estomac, pour faire référence à la typhoïde, qui se manifeste aussi par un « corps chaud » et d'autres symptômes similaires à ceux du paludisme (Palé et Ladner, 2006 : 113). C'est dans la même veine que Gbary et *al.* (1996) soulignent que les causes du paludisme peuvent se regrouper en trois catégories telles les causes naturelles (Dieu, climat, environnement), les causes alimentaires (huile, repas froids, repas gras et sucrés, etc.) et le moustique. La première cause du paludisme reste le climat c'est-à-dire le soleil, la pluie, le froid, le vent. L'élément perturbateur peut être le soleil après une longue exposition, la pluie, le vent. Ces éléments désorganisent l'organisme et le fragilisent, conduisant ainsi à la maladie. La seconde cause est constituée des causes alimentaires. C'est le cas de l'huile, du sucre, des bouillons communément appelés « *cube maggi* ». Ces aliments sont censés fatiguer l'organisme et cela conduit au paludisme.

Parallèlement aux travaux précédents, dans son travail, Nuwaha (2002) montre que tantôt, une relation directe est établie entre la piqûre du moustique et la transmission du paludisme ; tantôt, cette relation est indirecte. En effet, pour ce qui est de la transmission indirecte, le moustique, au lieu d'être l'agent pathogène, est pris entre autres comme une source d'expansion de la maladie au sein de la communauté à travers ses « salissures » déposées sur les repas, dans l'eau, ou par ses larves, ses œufs, une conception qui rejoint dans une certaine mesure la perception

des populations de Mbarara décrite par Faye (2009). Partant, il serait hasardeux de penser avec Beiersmann *et al.* que les communautés ignorent la transmission du paludisme à l'homme par les piqûres de moustique. En réalité, si à l'origine, la relation indirecte fut le mode de transmission le plus connu des populations par manque d'information, il faut avouer que depuis un certain nombre d'années, les activités de sensibilisation à travers différentes sources partagent l'information avec la population par rapport à la transmission directe. Au Sénégal par exemple, l'auteur a montré comment les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) ont amélioré le degré de connaissance des communautés quant aux causes directes et à la gravité du paludisme.

Dans une certaine mesure, on s'aperçoit que l'épidémiologie sociale à Mossikro dans la commune d'Attécoubé est en constante configuration. Autrement dit, les connaissances profanes sont d'une grande extensibilité ; ce qui nécessite de nombreuses investigations.

## **Conclusion**

Les représentations que les communautés de Mossikro se font du paludisme sont d'une grande diversité. Ainsi, la plupart des maladies commence par le paludisme qui est alors considéré comme la racine principale des autres pathologies. Cette conception de la maladie en fait une des pathologies les plus manifestes aux signes et aux causes pluriels. Bien que le paludisme soit la première cause de consultation médicale en Côte d'Ivoire, les populations exposées ne sont pas toutes conscientes du risque de la maladie.

Au terme de l'étude dont le sujet est : « Étiologie, prévention et itinéraire thérapeutique du paludisme », il paraît utile de récapituler les points saillants assortis de l'analyse des résultats de l'enquête de terrain. L'objectif général visé dans cette étude est de comprendre les représentations et les mécanismes de préventions et de traitement du paludisme dans la population de Mossikro.

De l'analyse, il ressort que les habitants de Mossikro ont une connaissance limitée du paludisme. En effet, la majorité des personnes enquêtées ignorent la cause véritable, les modes de prévention et de traitement du paludisme. À cette limitation des connaissances sur le paludisme, il faut adjoindre la précarité des conditions de vie socio-

économiques. Les habitants de Mossikro gagnent majoritairement par mois 30.000 Fcfa à 50.000 Fcfa (80%). Ce qui fait une moyenne d'environ 1.500 Fcfa par jour. Cette somme est utilisée pour les charges quotidiennes (approvisionnement en eau, nourriture, électricité). Toutefois, soulignons que le revenu mensuel est aussi fonction de l'activité exercée. En effet, la majorité de nos enquêtés exercent dans le secteur informel.

Les habitants de Mossikro pratiquent d'une part l'automédication. Elle consiste à acheter des comprimés sur des trottoirs appelés médicament issus des « pharmacies par terre » dont les coûts sont à la portée de toutes les couches sociales. Les conditions de conservation et de péremption de ces médicaments restent pourtant incertaines. D'autre part, ces habitants restent liés à la tradi-thérapie car (55%) des personnes interrogées affirment recourir à la médecine traditionnelle en cas d'attaque paludique.

### Références bibliographiques

**Ajzen Icek** (1991), *The theory of planned behavior*. Organizational and Human Decision Processes 50.170-211.

**Sanata Coulibaly, Simon Péguédwindé Sawadogo, Aristide Sawdetuo Hien et al** (2021), *Cotransmission du paludisme et de la filariose lymphatique dans les districts sanitaires d'endémie au Burkina Faso*. Advances in Entomology , Vol.9 No.4 , 15 octobre 2021

**Bakoura Bakouraisaka** (2012), *Connaissance, Attitude et Pratique face au paludisme dans la population du village de Nanguilabougou et environnants, commune rurale de Bancoumana* (Mali).

**Beiersmann Claudia., Sanou Aboubakary., Wladarsch Evelyn et al** (2007), *Malaria in rural Burkina Faso: local illness concepts, patterns of traditional treatment and influence on health-seeking behaviour*. Malaria Journal, 6:106

**Blanchet Alain et Gotman, Anne** (1992), *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, édition Nathan, 1992.

**Bonnet Doris.** (1986), *Les représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina, Ouagadougou*. ORSTOM.

**Boua Éric Kouamé** (1998), *Représentation, traitement et prévention du paludisme en milieu urbain : le cas de la commune de Marcory*. Mémoire de Maîtrise, IES, Abidjan.

**Dacher Michèle** (1990), *La représentation de la maladie chez les Goin*. Ouagadougou, ORSTOM.

- Diallo Metadata Rapha** (2018), *Connaissances, attitudes et pratiques de la population face au paludisme dans un quartier péri-urbain de Bamako : Niamakoro* [Thèse]. [Bamako] : Université de Bamako ; 2018.
- Dufour Christine et Larivière Vincent** (2012), *Principales techniques d'échantillonnage probabilistes et non-probabilistes* SCI6060 – Cours 4
- Faizang Sylvie** (1982), *L'intérieur des choses. Maladie, événement et divination chez les Bisa de Haute Volta*. Thèse de doctorat de 3e cycle, Paris, Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales.
- Faye Sylvain Landry** (2000), *Modes de représentations du paludisme chez l'enfant et recours aux soins en milieu rural serereer : Niakhar*. Fatick, DEA d'Anthropologie, UCAD, Dakar, 82 pages
- Faye Sylvain Landry** (2009), « Du *sumaan ndiig* au paludisme infantile : la dynamique des représentations en milieu rural serer sinig (Sénégal) » ; Sciences sociales et santé, vol 27, 4, 91-110.
- Fonds Mondial** (2019), *Note d'information technique Paludisme, genre et droits humains*. Genève, Suisse.  
[https://endmalaria.org/sites/default/files/Malaria Matchbox\\_v4.pdf](https://endmalaria.org/sites/default/files/Malaria%20Matchbox_v4.pdf)
- Franckel Aurélien** (2002), « *Famille et recours aux soins dans l'enfance : le cas du paludisme à Niakhar (Sénégal)* » Papier présenté pour Le colloque international de l'AIDELF Enfants d'aujourd'hui, diversité des contextes, pluralité des parcours, Sénégal 10-13 Décembre 2002
- Sombie Issiaka., Guiguemde Robert et al** (1996), *Connaissances et pratiques des tradipraticiens en matière de paludisme en milieu urbain d'Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso*. Burkina Faso, Afrique de l'Ouest, 1996.
- Goïta Moussa** (2012), *Connaissances, attitudes, pratiques des populations et morbidité palustre chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans à Ouélessebougou* [Thèse]. [Bamako] : Université de Bamako ; 2012.
- Guillaume Agnès et Rey Sylvie** (1988), *L'intérêt de l'approche anthropologique pour l'étude des comportements en matière de santé*. Papier présenté pour : Congrès africain de Population, Dakar, 7-12 Novembre.
- Müller Olaf., Traoré Coulibaly et al** (2004), *Community effectiveness of chloroquine and traditional remedies in the treatment of young children with falciparum malaria in rural Burkina Faso?*. *Malaria Journal*, 3 : 36
- Mouchet Jean et al** (1993), *Typologie du paludisme en Afrique*.
- Roger Moore** (1993), *Sumaya dans la région de Sikasso : une entité en évolution*. In « BRUNET-JAILLY J » - *Se soigner au Mali : une contribution des Sciences sociales : douze expériences de terrain*. Khartala ed, Paris, 1993, pp 83-125. Orstom (Hommes et sociétés) - Sciences sociales de la santé en Afrique de l'Ouest : colloque, Bamako, Mali, 1991/07.

**N'Da Paul** (2002), *Méthodologie de la recherche de la problématique à la discussion des résultats ; Comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre*. Abidjan : EDUCI.

**Nuwaha Fred** (2002), *People's perception of malaria in Mbarara, Uganda*. Tropical Medicine and International Health, Vol. 7, 5, 462-470.

**Okrah Jane, Traoré Corneille et Palé Augustin** (2002), *Community factors associated with malaria prevention by mosquito nets : an exploratory study in rural Burkina Faso*. Tropical Medicine and International Health, Vol. 7, 3, 240-248.

**Organisation Mondiale de la Santé** (2020), *Rapport 2020 sur le paludisme dans le monde, messages généraux*. Dossier d'information.

**Organisation Mondiale de la Santé** (2019), *Rapport 2019 sur le paludisme en Afrique Subsaharienne*. Dossier d'information.

**Palé Augustin et Ladner Jane** (2006), *Le Médicament de la rue au Burkina Faso : Du nom local aux relations sociales et aux effets thérapeutiques racontés*. Cahiers Santé, Vol. 16, n°2,113-117.

**Palé Augustin** (2013), *Connaissances et prise en charge du paludisme au niveau communautaire dans la province de la Kossi, Burkina-Faso*. Le Journal des Sciences Sociales n° 10 décembre 2013.

**Programme National de Lutte contre le Paludisme (2020)**, Abidjan

**Rabe Tiana Aina** (2003), *Etude des facteurs Bio-écologiques modulant la prémunition contre le paludisme sur les hautes terres de Madagascar*, Thèse de Doctorat, Paris XII, Val de Marne, 179 p.

**Rapport Banque Mondiale** (2018), *La pauvreté et la prospérité partagée : compléter le puzzle de la pauvreté*. Research & outlook.

**Recensement Général de l'Habitat et de la Population** (2014), *Indicateurs démographiques de la Côte d'Ivoire*.

**Zoundi Norbert** (2001), *8 Stratégie de lutter contre le paludisme et itinéraire thérapeutique concernant les enfants de moins de cinq ans : une étude comparative en milieux urbain et rural dans la province du Houet*.