

ÉVALUATION DES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS INFLUENÇANT L'ADOPTION DE LA CHIMIOPRÉVENTION DU PALUDISME SAISONNIER AU BURKINA FASO : UNE ÉTUDE QUALITATIVE

Laurent Gnimian KOUDOUGOU

Laboratoire d'Études Rurales sur l'Environnement et le Développement Economique et Social (LERE/DES), Université Nazi BONI (UNB), Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

ORCID iD : [0009-0003-6939-8774](https://orcid.org/0009-0003-6939-8774)

kgnimianlaurent@gmail.com

Lea PARE/TOE

Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Direction Régionale de l'Ouest (IRSS/DRO), Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

ORCID iD : [0000-0002-7314-4000](https://orcid.org/0000-0002-7314-4000)

lea_toe@yahoo.com

Nourou BARRY

Laboratoire d'Études Rurales sur l'Environnement et le Développement Economique et Social (LERE/DES), Université Nazi BONI (UNB)

Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

ORCID iD : [0000-0002-8921-4341](https://orcid.org/0000-0002-8921-4341)

nurdinebarry@gmail.com

&

Patrice TOE

Responsable du Laboratoire d'Études Rurales sur l'Environnement et le Développement Economique et Social (LERE/DES), Université Nazi BONI (UNB),

Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

ORCID iD : [0000-0003-0209-9772](https://orcid.org/0000-0003-0209-9772)

patrice_toe57@yahoo.fr

Résumé : La Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) est une stratégie efficace de lutte contre le paludisme chez les enfants de 3 à 59 mois. Depuis 2012, sur la base des données factuelles, la CPS a été recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), aux pays d'Afrique subsaharienne dont le Burkina Faso où la transmission du paludisme est saisonnière. Dans ces pays d'Afrique subsaharienne, le paludisme constitue un problème majeur de santé publique d'où l'introduction de la CPS au Burkina Faso en 2014 dans les sites pilotes. Mais depuis 2018, les campagnes CPS couvrent tous les 70 districts sanitaires du territoire national. Cependant, en dépit de ces campagnes de distribution de masse, l'adoption de la CPS par les parents au profit de leurs enfants demeure faible sur le terrain à Bobo-Dioulasso. Cette étude vise à analyser les déterminants socioculturels qui influencent l'adoption de la CPS par les parents au profit de leurs enfants. Nous avons privilégié une recherche qualitative où plusieurs techniques comme l'observation directe en temps réel, la recherche documentaire, l'entretien individuel approfondi, le focus group et le récit de vie ont été mobilisées. Les données ont été collectées auprès de la population générale et des acteurs de la santé avant, pendant et après les campagnes CPS dans la commune de Bobo-Dioulasso, sur une période de huit (08) mois allant de mars à octobre 2023. Au total, 87 entretiens individuels, 08 focus groups et 04 récits de vie ont été réalisés. Il

ressort des résultats que les principaux déterminants socioculturels entravant l'adoption de la CPS ont trait essentiellement aux représentations sociales du paludisme, aux perceptions populaires autour de la CPS, aux croyances, aux normes sociales et du genre dans la communauté.

Mots-clés : Déterminants, socioculturels, adoption, Chimioprévention du Paludisme Saisonnier, Burkina Faso.

EVALUATION OF SOCIOCULTURAL DETERMINANTS INFLUENCING THE ADOPTION OF SEASONAL MALARIA CHEMOPREVENTION IN BURKINA FASO: A QUALITATIVE STUDY

Abstract: Seasonal Malaria Chemoprevention (SMC) is an effective malaria control strategy for children aged 3 to 59 months. Since 2012, based on evidence-based data, SMC has been recommended by the World Health Organization (WHO), to sub-Saharan African countries including Burkina Faso where malaria transmission is seasonal. In these sub-Saharan African countries, malaria is a major public health problem, hence the introduction of SMC in Burkina Faso in 2014 in pilot sites. But since 2018, SMC campaigns cover all 70 health districts in the national territory. However, despite these mass distribution campaigns, uptake of SMC by parents for their children remains low in Bobo-Dioulasso. This study aims to analyze the socio-cultural determinants influencing the adoption of SMC by parents for the benefit of their children. We opted for qualitative research, using several techniques such as direct observation in real time, documentary research, in-depth individual interviews, focus groups and life stories. Data were collected from the general population and health stakeholders before, during and after the SMC campaigns in the commune of Bobo-Dioulasso, over an eight (08) month period from March to October 2023. A total of 87 individual interviews, 08 focus groups and 04 life stories were conducted. The results show that the main socio-cultural determinants hindering the adoption of SMC relate essentially to social representations of malaria, popular perceptions of SMC, beliefs, social norms and gender in the community.

Keywords: Determinants, socio-cultural, adoption, Seasonal Malaria Chemoprevention, Burkina Faso.

Introduction

Sur la base des données factuelles, la Chimioprévention du Paludisme Saisonnier (CPS) a été recommandée en 2012 dans les pays d'Afrique subsaharienne par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme une intervention supplémentaire de lutte contre le paludisme. Depuis lors, on a assisté à une mobilisation internationale en matière de prévention du paludisme à travers des stratégies de lutte ciblées sur des populations et/ou des endroits spécifiques afin d'obtenir une couverture universelle des ménages des Etats endémiques par la CPS (OMS, 2012). Des nombreuses études cliniques menées à grande échelle ont prouvé que la CPS est une stratégie efficace pouvant contribuer e dans la lutte contre le paludisme chez les enfants de 3 à 59 mois. Pour preuve, l'efficacité de la CPS a été démontrée dans plusieurs essais contrôlés randomisés (Bojang & al. 2010 ; Dicko & al. 2011 ; Konate & al. 2011). Une méta-analyse, regroupant les données de sept essais, a montré une réduction importante et significative de l'incidence du paludisme clinique de 82 % au cours de la période d'intervention (Konate & al. 2011). Un essai particulier a montré au Burkina

Faso que bien administré la CPS réduit la prévalence de l'infection palustre de 85 % pendant la saison de haute transmission (Dicko & al. 2011). C'est sur la base de ces données factuelles que la CPS a été recommandée par l'OMS, aux pays d'Afrique subsaharienne dont le Burkina Faso où le paludisme constitue la première cause de consultation, d'hospitalisation et de mortalité infantile (MSHP, 2021). C'est pourquoi, la CPS a été introduite pour la première fois en 2014 dans les sites sentinelles au Burkina Faso comme une intervention efficace de prévention contre le paludisme chez les enfants. Pour ce faire, depuis 2018 des campagnes de distribution gratuite de la CPS aux enfants de 3 à 59 mois sont réalisées à grande échelle sur toute l'étendue du territoire national sous le leadership du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et ses partenaires (Sermé & al. 2018). Ainsi, les campagnes de distribution de masse ont lieu une seule fois par mois en commençant au début de la période de haute transmission du paludisme (saison pluvieuse) jusqu'à 5 mois successifs avec pour cible tous les enfants de 3 à 59 mois.

La distribution proprement dite de la CPS aux enfants ciblés relève des formations sanitaires de première ligne, elle se fait gratuitement au niveau des postes fixes et à travers le porte-à-porte par des distributeurs communautaires (DC) qui sont supervisés par les professionnels de santé. Ces médicaments de la CPS sont pris durant trois jours successifs pendant chaque campagne et la première dose est administrée par le parent ou la gardienne d'enfant sous la supervision des distributeurs communautaires (DC). Ces DC agissant en « binômes », sont chargés d'une part de s'assurer avant l'administration de médicament qu'il n'y pas de contre-indication chez l'enfant (fièvre, maladie, prise d'autres médicaments) et d'autre part, de donner aux parents toutes les informations nécessaires autour de la CPS. Les deux doses restantes sont remises au parent ou à la gardienne d'enfant pour qu'il les administre à son enfant dans les deux jours suivants l'administration de la première dose.

Par ailleurs, ces campagnes CPS sont appuyées par une politique de communication sanitaire basée sur Information, Education, Communication (IEC) et Communication pour le Changement de Comportement (CCC), visant à informer et à éduquer les parents sur les bienfaits des médicaments afin de favoriser l'adoption de la CPS au profit des enfants cibles. Outre cette communication interpersonnelle, sous la coordination du PNLP et ses partenaires techniques et financiers, des contrats ont été signés au niveau national, régional et local avec les organes de médias qui relayent les messages de sensibilisation sur la CPS au niveau communautaire. Ainsi, pour une lutte efficace contre le paludisme chez les enfants, les acteurs de mise en œuvre de la CPS ont accordé une importance capitale à la disponibilité et à l'accessibilité des médicaments. Car selon ces acteurs sanitaires, garantir l'accès à la CPS est essentiel pour augmenter le taux d'utilisation de cette intervention par les parents au profit de leurs enfants. Alors que malgré la disponibilité et l'accessibilité de médicaments, les données empiriques collectées lors de notre étude à Bobo-Dioulasso en 2023 ont révélé que l'adoption de la CPS reste parcellaire sur le terrain, car plusieurs facteurs socioculturels limitent son adoption chez les parents au profit de leurs enfants. De ce fait, nous convenons avec Le Hesran (2009), pour qui la recherche médicale a toujours pensé que l'efficacité des nouveaux traitements comme la CPS suffirait à elle seule à convaincre les populations du bien-fondé des stratégies thérapeutiques proposées, alors qu'à cet effet Jouenne rappelle que :

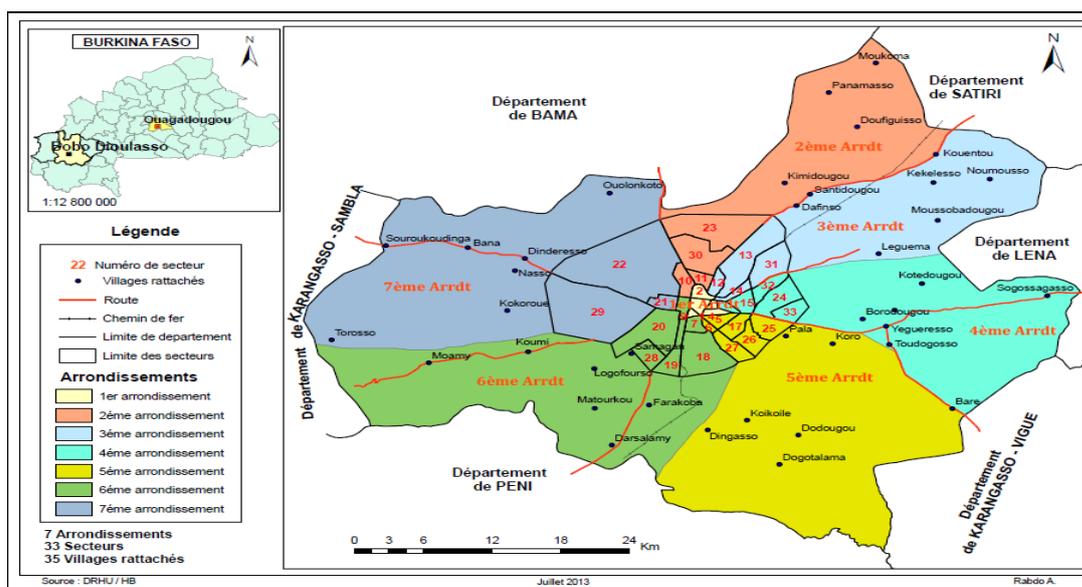
La nouveauté fait peur. Le futur fait peur. L'innovation n'est pas attendue. Les arguments en sa faveur sont pauvres et ne peuvent convaincre qu'une société dont l'idéologie dominante est basée sur des valeurs liées à l'avenir, la progression, l'expansion, comme nos sociétés modernes l'ont connu après la Seconde Guerre mondiale. Aujourd'hui, penser qu'une innovation technique va s'affranchir du poids des désillusions techniques sous prétexte qu'elle est innovante relève de l'absurdité. Au contraire, pour que l'innovation puisse être acceptée il faut redoubler d'arguments en sa faveur. Mais cela n'empêchera pas ce retour à la crainte et à la méfiance

Jouenne (2001 : 7)

C'est pourquoi, cette étude tente d'apporter un éclairage aux questionnements suivants : quels sont les facteurs influençant l'adoption de la CPS à Bobo-Dioulasso ? Avant de répondre à cette interrogation, nous nous penchons d'abord sur la question de savoir par qui, pour qui et comment la CPS a été mise en œuvre à Bobo-Dioulasso ? Face à ce questionnement, nous avons émis les hypothèses selon lesquelles, (i) la mise en œuvre de la CPS comporte des insuffisances susceptibles d'entraver son adoption par les parents ; (ii) les facteurs socioculturels entravent l'adoption de la CPS par les parents au profit de leurs enfants à Bobo-Dioulasso. Pour ce faire, cette étude vise à : (i) identifier les insuffisances résultantes de la mise en œuvre de la CPS ; (ii) analyser les déterminants socioculturels qui influent sur l'adoption de la CPS à Bobo-Dioulasso. A travers cet éclairage scientifique, nous espérons contribuer à la redynamisation de la stratégie de lutte contre le paludisme, en attirant l'attention des pouvoirs publics et privés sur les facteurs socioculturels qui entravent l'adoption de la CPS au Burkina Faso.

1. Méthodologie

Cette recherche s'est déroulée dans la commune de Bobo-Dioulasso, à l'Ouest du Burkina Faso. Cette commune est couverte par deux districts sanitaires à savoir le district sanitaire de Dafra et le district sanitaire de Dô où la CPS est mise en œuvre par les formations sanitaires de première ligne. La cartographie suivante donne un aperçu de la commune de Bobo-Dioulasso.



Carte 1 : Localisation de la zone d'étude/ Source : DRHU/HB, 2013

Pour atteindre les objectifs fixés dans le cadre de cette étude, nous avons adopté la méthode qualitative où plusieurs techniques comme l'observation directe en temps réel, la recherche documentaire, l'entretien individuel approfondi, le focus group et le récit de vie ont été mobilisées. Pour ce faire, la grille d'observation, les guides d'entretien individuel et d'animation de focus group ont servi des outils de collecte des données. Ainsi, une immersion sur le terrain à l'aide de ces techniques et outils a permis, au terme des activités de terrain, de collecter une diversité de données. Ces données ont été collectées auprès de la population générale et des acteurs de la santé avant, pendant et après les campagnes CPS dans la commune de Bobo-Dioulasso, sur une période de huit (08) mois allant de mars à octobre 2023. Les critères de choix ont été alors celui de la participation et de l'implication dans la mise en œuvre de la CPS. Notre échantillon n'a donc pas respecté les contraintes numériques, mais a plutôt obéi aux critères de diversifications des acteurs et de saturation tel que décrit par Pirès (1997). Au total, 87 entretiens individuels, 08 focus groups et 04 récits de vie ont été réalisés. Les informations enregistrées ont été transcrites et soumises à une analyse de contenu et une analyse de discours, mais pour des raisons de confidentialité les identités des répondants ont été codifiées par les initiales de leurs noms. L'analyse de ces données a été faite à l'aune des concepts d'ingénierie sociale, tel que clarifié par des auteurs comme (Olivier de Sardan, 2021, pp. 386-388) et de l'innovation (Jouenne, 2001 :1-8). Ce qui nous a permis au terme de cette étude de mettre en exergue les déterminants socioculturels qui entravent l'adoption de la CPS chez les parents.

2. Résultats

Dans cette section nous présentons les trois principaux résultats obtenus à savoir la mise en œuvre de la CPS face à l'épreuve des contextes, l'adoption de la CPS face à la pluralité des logiques sociales d'une part, et aux normes sociales et du genre d'autre part.

2.1 Mise en œuvre de la CPS : une intervention planifiée face à l'épreuve des contextes

Selon les acteurs de mise en œuvre, notamment les responsables du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), des partenaires techniques et financiers (ONG Malaria Consortium), de la direction régionale de la santé et des districts sanitaires enquêtés, la mise en œuvre effective de la CPS sur le terrain passe par plusieurs étapes. Elle s'inscrit dans un processus qui va de la macro planification en passant par la micro planification jusqu'à la mobilisation des ressources et la mise en œuvre effective de la campagne de distribution de masse par les formations sanitaires de première ligne. L'extrait d'entretien suivant en donne une description détaillée du processus de mise en œuvre de la CPS jusqu'à l'administration de médicaments sur le terrain :

En ce qui concerne l'organisation de la campagne CPS, il y a plusieurs étapes, y a l'étape de la macro-planification là où on se base par exemple sur la population pour projeter et puis on fait des différentes estimations, de quantifications, l'estimation du nombre des superviseurs, des distributeurs communautaires, des crieurs publics, des intrants, tout est estimé d'avance lors de la macro-planification. Après cela, il y a les activités de micro-planification là où on se regroupe avec les différentes structures et les différentes parties prenantes pour aller plus spécifiquement sur les besoins spécifiques de ces structures en termes d'intrants, en termes de personnel et tout. Et il y a ce qu'on appelle le chronogramme de mise en œuvre, dès qu'on décide de la date de passage, donc en moyenne c'est quatre passages et les dates sont connues à l'avance, y a un certain nombre d'activités qui doivent être mise en œuvre de façon successive

jusqu'à l'exécution, à partir donc de la formation des formateurs y a plusieurs activités qui sont mis en œuvre avec l'accompagnement des partenaires techniques et financiers et des acteurs clés de la mise en œuvre des activités, donc ces acteurs clés à savoir les directeurs régionaux de la santé avec leurs équipes, les équipes cadre de district avec le médecin chef de district à sa tête coordonnent les activités jusqu'au niveau CSPS et CM où les ICP à leur tour coordonnent les activités sur le terrain au niveau communautaire.

C. T., 48 ans, représentant du PNLP, interviewé le 20/03/2023

L'analyse des discours laisse entrevoir chez la plupart des répondants que le modèle organisationnel des campagnes CPS repose sur un haut niveau de planification, de coordination et de suivi-évaluation. En effet, les résultats indiquent que la planification et la coordination de l'intervention relèvent des instances déconcentrées du Ministère de la Santé (PNLP, responsables régionaux de la santé), des acteurs locaux (districts et formations sanitaires), et du partenaire technique et financier (Malaria Consortium). Pour ce faire, ce modèle organisationnel des campagnes CPS s'est adossé sur le dispositif sanitaire existant avec une forte participation des différents paliers de la pyramide sanitaire. Ainsi, au niveau des formations sanitaires de première ligne à savoir les Centres Médicaux (CM) et les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), les Infirmiers Chefs de Poste (ICP) sont chargés non seulement du plaidoyer auprès des leaders communautaires mais aussi, de la coordination, du recrutement, de la formation et de la supervision des distributeurs communautaires (DC), des crieurs publics et des superviseurs de leurs aires sanitaires. Autrement dit, le modèle organisationnel de la campagne CPS, est fait en sorte que chaque niveau impliqué dispose un certain degré d'autonomie dans la mise en œuvre de la campagne. Pour ce qui concerne le suivi-évaluation de la campagne, il y a des sondages rapides, des enquêtes ménages et du monitoring indépendant qui sont effectués sur le terrain par les acteurs de mise en œuvre.

Concernant la quantification des besoins pour les campagnes CPS, elle est faite chaque année sur la base des données du recensement général de la population et de l'habitation de 2006 à travers des projections de la population cible de chaque formation sanitaire par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Ainsi, pour déterminer le nombre de DC par formation sanitaire, les acteurs se basent sur le principe du contrat d'objectif auquel chaque binôme de distributeur communautaire (DC) doit administrer 50 enfants par jour en appliquant la formule : $P/200$ c'est-à-dire Population cible de la formation sanitaire diviser par 200. Aussi, la même formule est appliquée pour déterminer le nombre des superviseurs, sachant que chaque superviseur doit superviser cinq (05) équipes de DC et c'est la même chose pour la quantification de tous les intrants.

Pour ce qui est de la mobilisation de ressources, à Bobo-Dioulasso la CPS est entièrement financée par l'ONG Malaria Consortium, qui par le biais de ses partenaires, mobilise les ressources financières y compris les médicaments pour la mise en œuvre effective des campagnes CPS dans les formations sanitaires de première ligne (CSPS et CM). Les témoignages recueillis auprès des acteurs sanitaires font ressortir que dans le district sanitaire de Dafra il y a 18 formations sanitaires en milieu urbain et péri-urbain qui mènent les campagnes CPS dans leurs aires sanitaires respectives. Et également dans le district sanitaire de Dô, il y a 32 formations sanitaires en milieu urbain et péri-urbain qui mènent les campagnes CPS au profit des enfants de 3 à 59 mois relevant de leurs aires sanitaires.

Quant à la supervision, il ressort des résultats qu'au niveau des formations sanitaires, les Infirmiers Chefs de Poste (ICP) et les superviseurs des formations sanitaires sont chargés d'assurer la supervision de proximité auprès de DC déployés sur le terrain. Ces superviseurs des formations sanitaires sont supervisés par les superviseurs des Districts Sanitaires qui sont à leur tour supervisés par les superviseurs de la Direction Régionale de la Santé (DRS). Les superviseurs de la DRS sont également supervisés par le niveau central notamment par les superviseurs du PNLP qui à leur tour rendent compte au partenaire technique et financier en occurrence Malaria Consortium.

Au regard de ce processus de mise en œuvre effective des campagnes CPS sur le terrain, les résultats indiquent qu'un protocole de mise en œuvre a été élaboré et planifié par les experts, mais sans tenir compte des contextes socioculturels des différentes communautés. Alors que dans ces différentes communautés, les problèmes de santé, la culture et le vécu concret des populations sont différents. De ce fait, la CPS en tant qu'innovation ne peut être acceptée dans toutes ces communautés qu'à condition de satisfaire aux valeurs et aux croyances communes qui fondent ces communautés. C'est pourquoi, malgré leur planification détaillée, leurs protocoles élaborés et leur technicité rigoureuse en vue de favoriser l'adoption de la CPS, les résultats montrent une faible adoption de celle-ci par les parents au profit de leurs enfants à Bobo-Dioulasso. Outre la méconnaissance et la sous-estimation des contextes locaux, la pluralité des logiques sociales influe également sur l'adoption de la CPS chez les parents.

2.2 Adoption de la CPS face à la pluralité des logiques sociales

Il ressort des résultats que la mise en œuvre de la CPS, est un processus complexe qui met en interaction trois types d'acteurs à savoir les acteurs institutionnels (PNLP, Ministère de la santé, ONG Malaria Consortium, Projettomondo), les acteurs professionnels (Direction Régionale de la Santé, District Sanitaire, CM, CSPS, médias) et les acteurs communautaires (DC, crieurs publics parents, leaders coutumiers et religieux). Ces acteurs se situent à trois niveaux d'échelle complémentaires : internationale, nationale et locale. Cependant, il ressort des résultats un contraste de logiques représentationnelles autour du paludisme à savoir d'une part, les logiques savantes où les moustiques sont considérés comme les vecteurs du paludisme et l'administration complète de la CPS protège l'enfant contre le paludisme. Et d'autre part, les logiques populaires où la fatigue, l'exposition à la pluie et aux piqûres de moustiques, la consommation de fruit non mûr du karité sont évoqués comme causes du paludisme. Dans ces logiques populaires, il est incongru d'administrer la CPS chez un enfant bien portant dans le but de le protéger contre le paludisme. C'est pourquoi certains parents refusent la CPS du simple fait que leurs enfants ne sont pas malades pour prendre les médicaments contre le paludisme.

Par ailleurs, l'analyse des interactions entre les acteurs institutionnels, professionnels et communautaires dans la mise en œuvre de la CPS, laisse apparaître des logiques divergentes. En effet, pendant que les logiques des acteurs institutionnels et professionnels, sont en rapport avec la décentralisation de l'intervention, la couverture des cibles CPS, la mobilisation de ressources financières, l'adaptation et l'innovation. Les logiques des acteurs communautaires, notamment les parents sont en rapport avec la méfiance vis-à-vis de la CPS. Ces logiques de méfiance s'expliquent par le fait que les médicaments de la CPS sont perçus par les parents comme des médicaments périmés qui sont distribués gratuitement avec la complicité des autorités sanitaires pour non seulement empoisonner la population en rendant les enfants malades mais aussi et surtout pour rendre

les filles stériles au lieu de les protéger du paludisme, d'où l'émergence de la rumeur selon laquelle, la CPS est une stratégie de complot utilisée par les agents de santé. En témoigne l'extrait d'entretien suivant :

Il y a des rumeurs autour de la CPS qui font que certains parents refusent qu'on administre la CPS à leurs enfants parce que au tout début des campagnes CPS, il y avait des rumeurs qui circulaient selon lesquelles les médicaments de la CPS sont utilisés par les blancs en complicité avec les agents de santé pour d'une part, nous exterminer en s'attaquant aux enfants et d'autre part, pour rendre les filles-là stérile afin de pouvoir contrôler la croissance démographique, mais malgré toutes ces rumeurs, certains parents ont accepté donner ces médicaments à leurs enfants mais y a d'autres parents qui refusent toujours la CPS.

Focus group avec les mères d'enfants dans la zone non-lotie du secteur 24, réalisé le 25/06/2023

De ce fait, les logiques des acteurs communautaires sont divergentes de celles des acteurs institutionnels et professionnels, car les valeurs culturelles, influencées par l'appartenance religieuse et sociale entravent la convergence des logiques entre les acteurs communautaires et les acteurs institutionnels et professionnels. Ce contraste de logiques entrave non seulement la mise en œuvre de l'intervention mais aussi, l'adoption de la CPS par les parents au profit de leurs enfants. En outre, les résultats révèlent que les normes sociales et du genre ont aussi une influence sur l'adoption de la CPS chez les parents.

2.3 Gratuité de la CPS : quête de l'observance à l'épreuve des normes sociales et du genre

Il ressort des résultats d'enquête de terrain, que deux principaux facteurs affectent le statut des mères et leur capacité à prendre des décisions en matière d'adoption de la CPS au profit de leurs enfants. Il s'agit des facteurs individuels et des normes sociales et du genre. Concernant les facteurs individuels, les résultats indiquent que les facteurs tels que les attitudes et les croyances, les attentes (besoins non satisfaits), les connaissances, les compétences et l'efficacité personnelle (capacité d'administrer correctement la CPS) influencent l'adoption de la CPS chez les mères. L'extrait d'entretien suivant illustre cette réalité :

« Ce que les agents de santé ne savent pas aussi, y a des enfant qui refusent tout médicament, tu as beau forcé comment comment l'enfant ne vas jamais avaler le médicament, par exemple moi mon enfant-là, une seule personne ne peut pas lui administrer de médicament, il te faut de l'aide et même avec ça il ne va pas avaler, vous-même vous avez vu que tout le médicament qu'on vient de lui donner là il a tout rejeté donc c'est comme ça quand ils viennent avec leurs médicaments de la CPS là et je leur dis non je ne vais pas prendre ils vont dire que c'est moi j'ai refusé alors que c'est l'enfant-là qui refuse et moi je sais que même si je prends les médicaments là je ne pourrai pas lui administrer ça...

T. B., 37 ans, mère d'enfant du village de Logofourouso, interviewée le 23/06/2023

Quant aux normes sociales et du genre, il ressort des résultats que ces normes sociales et du genre dans la communauté affectent le statut et le pouvoir de décision des mères. En effet, bien que la CPS soit offerte gratuitement et distribuée de porte en porte dans le but de supprimer les barrières économiques et géographiques à l'accès aux médicaments, il ressort de nos résultats qu'en matière d'adoption de la CPS, la majorité de mères

interviewées se trouve exclue du processus décisionnel relatif à l'adoption de la CPS. Ainsi, ces décisions sont prises soit par le mari ou soit par le chef de famille, sans souvent tenir compte de l'avis de la mère d'enfant en question. Cela confirme que les normes sociales et du genre affectent le statut des mères et leur capacité à prendre des décisions en matière d'adoption de la CPS. De ce fait, parmi les barrières de l'adoption de la CPS les plus rencontrées chez les mères, figure la désapprobation du conjoint. Ainsi, bien que les hommes soient les principaux décideurs sur les questions liées à l'adoption de la CPS, les résultats révèlent que la gestion de la santé des enfants incombe aux femmes. Mais le manque d'autonomie de ces femmes en matière d'adoption de la CPS, est principalement dû aux normes sociales qui confèrent le pouvoir de décision aux hommes, ce qui entrave la capacité de certaines mères à adopter la CPS au profit de leurs enfants. Les propos suivants des enquêtés sont illustratifs de cette influence des normes sociales et du genre sur l'adoption de la CPS :

Moi j'ai refusé les médicaments du paludisme là pour mon enfant de 11 mois parce que son papa m'a dit de ne pas lui donner ces médicaments de la CPS là et comme c'est lui le chef de famille moi je ne peux qu'obéir à ses ordres, comme vous le saviez chez nous ici, une femme qui ne veut pas avoir des problèmes dans son foyer doit se soumettre à son mari car c'est lui le chef de famille et c'est lui qui décide donc s'il me dit de ne pas faire quelque chose moi je respecte ça c'est pourquoi moi j'ai refusé qu'ils donnent ça à mon enfant.

M. M., 27 ans mère d'enfant à Ouézzin-ville, interviewée le 22/06/2023

Un distributeur communautaire abonde dans le même sens en articulant son propos comme suit :

La plupart des femmes que nous avons rencontré sur le terrain et qui ont refusé de prendre la CPS, la principale raison avancée par ces femmes c'est notamment mon mari a dit de ne pas donner la CPS là aux enfants, donc si le mari interdit sa femme de donner la CPS à son enfant nécessairement la femme ne va pas accepter que nous les DC on administre à son enfant la CPS parce qu'après l'administration si quelque chose arrive à l'enfant le mari va dire que sa femme en est responsable et c'est à cause de ça que certaines femmes refusent catégoriquement la CPS.

B. A., 29 ans, distributeur communautaire au CSPPS de Bindougouso, interviewée le 24/06/2023)

A l'analyse de ces propos, il ressort que l'inégalité de pouvoir notamment dans la prise de décision en matière de santé fait que les mères ont toujours besoin de l'autorisation de leurs maris pour administrer la CPS à leurs enfants.

3. Discussion

Cette section est consacrée à la discussion des différents résultats obtenus avec d'autres travaux antérieurs. Ainsi, de l'analyse de nos données de terrain, il se dégage deux thématiques qui méritent d'être confrontées avec les travaux antérieurs. Il s'agit de la mise en œuvre de la CPS face à l'épreuve des contextes et l'adoption de la CPS face à la pluralité des logiques sociales.

3.1 Mise en œuvre de la CPS face à l'épreuve des contextes

Cette étude révèle que la mise en œuvre de la CPS à Bobo-Dioulasso est éprouvée par les contextes locaux. Ainsi, pour analyser ces facteurs contextuels entravant la mise en œuvre et l'adoption de la CPS, nous faisons nôtre le concept de l'ingénierie sociale tel que défini par Olivier de sardan (2021 : 386), comme :

Tous dispositifs d'intervention planifiée, élaborés par des experts, visant à implanter ou modifier des institutions et/ou des comportements dans des contextes variés. Les experts qui ont élaboré les dispositifs de ces interventions, les bailleurs de fonds qui les ont financées, les décideurs qui les ont introduites ou acceptées dans tel ou tel pays, entendent améliorer ainsi le sort de millions de personnes, qui ont toutes ceci de particulier qu'elles vivent très loin et très différemment de ces experts, de ces bailleurs et de ces décideurs.

Olivier de sardan (2021 : 386)

De ce fait, le concept d'ingénierie sociale se transpose aisément dans le cadre de la CPS, car les contextes où sont situés les experts (acteurs institutionnels et professionnels qui veulent transformer positivement le sort des populations cibles) sont très éloignés des contextes où sont situés les populations cibles (acteurs communautaires, mais aussi les distributeurs communautaires chargée de la distribution des médicaments sur le terrain). En outre, au regard de la perfection formelle de programme d'intervention de la CPS et la persistance de comportements défavorables des parents envers celle-ci, nous convenons avec Olivier de sardan (2021 : 387), pour qui :

Quelles que soient les interventions et quels que soient leurs porteurs sociaux, leur mise en œuvre sur le terrain constitue un défi majeur et s'avère être une épreuve redoutable. Car la méconnaissance inévitable des contextes locaux, la sous-estimation fréquente du rôle des acteurs concernés, la confiance excessive en l'efficacité intrinsèque de l'intervention, tout cela concourt à créer un décalage souvent impressionnant pour l'analyste qui sait le détecter entre ce qui était censé se produire (les effets attendus de l'ingénierie sociale) et ce qui se produit vraiment (ses effets inattendus). C'est la revanche des contextes.

Olivier de sardan (2021 : 387)

3.2 Adoption de la CPS face à la pluralité des logiques sociales

Les résultats de cette étude, révèlent que les logiques populaires sur les causes du paludisme limitent l'adoption efficace de la CPS comme moyen de sa prévention. Ces résultats sont confirmés par ceux des autours comme (Somé et Zerbo, 2007 ; Fall et Vidal, 2006), qui révèlent dans leurs études que les facteurs tels que le soleil, la fatigue, la consommation d'aliments sucrés, le moustique, l'insomnie sont en même temps évoqués par les populations comme causes du paludisme. C'est pourquoi Kpatchevi (2001), déclare que dans les perceptions populaires :

[...] Le paludisme est considéré comme une "maladie de la chaleur ou du soleil", "maladie de la fatigue", "maladie d'une mauvaise alimentation", "maladie du sorcier" et de plus en plus comme "maladie des moustiques". Mais la cause "moustiques" correspond parfois, par ailleurs, à une logique parallèle à celle de la biomédecine : les moustiques piquent et transmettent l'eau sale qui pollue le sang et provoque le paludisme. D'autre part, les bruits et la piqûre des moustiques sont censés créer

l'insomnie, elle-même susceptible d'entraîner des courbatures et provoquer ainsi le paludisme. La mise en rapport des autres causes avec les mesures populaires de prévention est évidente. Les indicateurs socio-culturels apparaissent indispensables pour mieux comprendre les logiques et les comportements. Ils permettent d'expliquer les réticences vis-à-vis des activités de sensibilisation pour la prise en charge et pour les mesures préventives. Les représentations sociales, qu'elles soient en accord ou en contradiction avec le modèle d'explications biomédical, doivent être utilisées comme point focal pour améliorer les stratégies de lutte contre le paludisme.

Kpatchevi (2001 :1-3)

Par ailleurs, nos résultats sont corroborés par ceux de Couderc (2011), qui soulignent que les stratégies de lutte contre le paludisme constituent en elles-mêmes des arènes d'enjeux éthiques impliquant de nombreux acteurs, internes et externes dont les intérêts, les idéologies et les logiques d'actions diffèrent. Dans notre étude, il ressort des résultats qu'il y a plusieurs perceptions sociales qui émergent, s'imbriquent, s'encastrent et s'enchâssent dans le contexte de lutte contre le paludisme. Un certain contraste de logiques représentationnelles (Olivier de Sardan, 1995), naît ainsi des différents acteurs sociaux en interaction dans le cadre de la CPS. Il s'agit des logiques populaires (acteurs communautaires ou parents accueillant la CPS) et des logiques savantes (acteurs institutionnels et professionnels).

Conclusion

La Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS), est définie comme l'administration intermittente de protocoles thérapeutiques complets d'antipaludiques à des enfants âgés de 3 à 59 mois à intervalles d'un mois, à partir du début de la saison de haute transmission du paludisme jusqu'à 4 ou 5 cycles. Cette administration de la CPS vise à prévenir l'infection palustre en conservant les taux sanguins thérapeutiques chez les enfants pendant la période où le risque de transmission du paludisme est élevé. Dans cette perspective, inscrire la CPS sur la liste des stratégies de lutte contre le paludisme est une innovation médicale qui devrait booster la dynamique visant à faire reculer le taux de morbidité et de mortalité infantile lié au paludisme au sein des communautés. Mais, sur le terrain l'adoption de la CPS est éprouvée par de nombreux facteurs socioculturels à savoir la révanche des contextes, le contraste de logiques représentationnelles autour du paludisme et de la CPS comme moyen de sa prévention ainsi que le poids des normes sociales et du genre dans la communauté. Ces facteurs socioculturels entravent non seulement la mise en œuvre mais aussi, l'adoption de la CPS chez les parents au profit de leurs enfants. Au regard de la faible ou non adoption de la CPS par les parents comme moyen de prévention du paludisme au profit de leurs enfants, cet article invite les décideurs à la réflexion sur les modalités pratiques de la mise en œuvre de la CPS sur le terrain, car elle semble montrer ses limites face aux facteurs socioculturels. De ce fait, il serait important de tenir compte des contextes, des représentations, des normes sociales et du genre dans la mise en œuvre de la CPS afin de favoriser une implication véritable et responsable des parents. Mais cela passe par la mise en place d'une approche pluridisciplinaire à vocation participative et inclusive.

Références bibliographiques

Bojang, K. A. & al. (2011). Two Strategies for the Delivery of IPTc in an Area of Seasonal Malaria Transmission in The Gambia: A Randomised Controlled Trial. *PLoS Med* 8(2) : 01-14 [En

- ligne], consulté le 12 mars 2022, URL: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000409>
- Couderc, M. (2011). Enjeux et pratiques de la recherche médicale transnationale en Afrique. Analyse anthropologique d'un centre de recherche clinique sur le VIH à Dakar (Sénégal), Thèse de doctorat en anthropologie, Aix en Provence, Ecole Doctorale "Espaces, Cultures, Sociétés" (ED 355) Université Paul Cézanne – Aix -Marseille III
- Dicko, A. & al. (2011). Intermittent Preventive Treatment of Malaria Provides Substantial Protection against Malaria in Children Already Protected by an Insecticide-Treated Bednet in Mali : A Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *PLoS Med* 8(2) [En ligne], consulté le 15 octobre 2022, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3032550/pdf/pmed.1000407.pdf>, pp-01-14.
- Fall, A-S & Vidal, L. (2006). Des normes de prise en charge négociées », in Soigner et prévenir au Sénégal et en Côte-d'Ivoire. Presses Universitaires de France | « Cahiers internationaux de sociologie, (2)121 :239-264
- Jouenne, N. (2001). « Avantages et inconvénients sociaux liés à l'innovation. Avantages et inconvénients sociaux liés à l'innovation », in Saint-Etienne, France. ffhalshs-00194672 [En ligne], consulté le 20 juin 2022, URL: <https://shs.hal.science/halshs-00194672/document>, pp-01-15. pdf
- Kpatchevi, A-C. (2001). Savoirs locaux sur la maladie chez les Gbe au Bénin, le cas du paludisme : éléments empiriques pour une anthropologie de la santé, Bulletin Amades [En ligne], 46 | mis en ligne le 17 juillet 2009, consulté le 14 octobre 2022 URL: <http://journals.openedition.org/amades/1010>, pp. 01-03. pdf
- Konaté, A-T. & al. (2011). Intermittent preventive treatment of malaria provides substantial protection against malaria in children already protected by an insecticide-treated bednet in Burkina Faso : a randomised, double-blind, placebo-controlled trial”, in *PLoS Medicine*. San Francisco, Vol. 8, n° 2, pp. e1000408 réf.32
- Le Hesran, J-Y. (2009). La lutte contre le paludisme : nécessité d'une recherche pluridisciplinaire, *Sciences Sociales et Santé*, (27)4 : 113-118. [En ligne], consulté le 30 juillet 2022, URL: <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2009-4-page-113.htm>
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) du Burkina Faso (2021), Annuaire Statistique 2021 [En ligne], consulté le 20 mars 2023, URL: www.sante.gov.bf,
- Olivier de sardan, J-P. (1995). Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social. Marseille : APAD ; Paris : Karthala, 221 pp. Collection : *Hommes et sociétés*, 221 p.
- Olivier de sardan, J-P. (2021). *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà*, Paris, Karthala, coll. « Hommes et sociétés », 480 p.
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). Recommandation de politique générale de l'OMS : chimioprévention du paludisme saisonnier pour lutter contre le paludisme à plasmodium falciparum en zone de forte transmission saisonnière dans la sous-région du Sahel en Afrique. Organisation mondiale de la Santé. Genève [En ligne], consulté le 13 janvier 2022, URL: <https://iris.who.int/handle/10665/337982>
- Pires, A. (1997). Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique, Poupard, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* :113-169. Montréal : Gaëtan Morin, Editeur
- Sermé, L. & al. (2018). Comprendre le succès de l'implantation et l'expansion de la chimioprophylaxie saisonnière du paludisme au Burkina Faso, *Am. J. Trop. Med. Hyg* 4
- Somé, D-T & Zerbo R. (2007). Etiologie atypique du paludisme : perceptions et stratégies locales de prévention dans le département de Gaoua au Burkina Faso, *Revue de Médecine Tropicale*, 67 :43-47