



RESEARCH ARTICLE

INFLUENCE DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DU PALUDISME DANS LA DÉCISION DE NE PAS Y UTILISER LA MILDA

¹*OUATTARA Zié Adama, ²ABE N'Doumy Noel and ³DOUDOU Dimi Théodore

¹Doctorant en anthropologie et Sociologie à l'Université Alassane Ouattara,
Centre de Recherche Pour le Développement (CRD)

²Sociologue anthropologue de la santé, Professeur Titulaire à l'Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire

³Sociologue de la santé, Chargé de Recherche à l'Université Alassane Ouattara,
Centre de Recherche pour le Développement

ARTICLE INFO

Article History:

Received 13th November, 2017

Received in revised form

23rd December, 2017

Accepted 19th January, 2018

Published online 18th February, 2018

Key words:

Influence, Decision,
Care Services, Malaria,
LLINs, Ivory Coast

ABSTRACT

In Ivory Coast, the LLIN is the prevention tool highly promoted by the National Malaria Control Program. But its use by the people is not yet a given. Research has focused on problems related to its adoption in households. This study examines the difficulties of adopting this tool within malaria care services. The study is qualitative and of ethnographic type. It was carried out in the malaria management services of 10 districts in the health regions of Gkêkê, Tonpki and Kabadougou in Ivory Coast. Several observations were made in these services and documented. In addition, about 20 semi-directive interviews were conducted with health workers and in population about the influence of malaria treatment services on people's attitudes towards LLIN. The results show that malaria care and observation services are a "bad example" for users of LLIN use. The rationalization theorization test at work in the decision not to use the LLIN shows that the image of the LLIN projected to the populations in these places often induces the refusal to use it. The lack of hygiene, the unavailability of LLINs, their use for other purposes are factors that influence the decision of populations. This text invites the actors of malaria care services to consider these places as opportunities to raise awareness among the population, in order to encourage the adoption of the LLINs not only within these services but also at home.

Copyright © 2018, OUATTARA Zié Adama et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: OUATTARA Zié Adama, ABE N'Doumy Noel and DOUDOU Dimi Théodore. 2018. "Influence des services de prise en charge du paludisme dans la décision de ne pas y utiliser la mildaa", *International Journal of Current Research*, 10, (02), 65080-65086.

INTRODUCTION

En Côte d'Ivoire, de réels efforts sont enregistrés dans la lutte contre le paludisme. Selon l'OMS (2015), « garantir l'accès aux MILDA est essentiel pour augmenter le taux d'utilisation de cette intervention ». Dans cette perspective, le ministère de la santé et de l'hygiène publique et le Programme National de Lutte contre le Paludisme réalisent, depuis quelques années (2012, 2014, 2017), des campagnes de distribution gratuites de MILDA aux populations ivoiriennes. Outre ces distributions massives, s'effectue parallèlement la distribution en routine dans les formations sanitaires. Celle-ci s'effectue dans les services de mise en œuvre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) et dans les services de consultations prénatales (CPN). Les bénéficiaires sont respectivement les enfants de moins d'un an et les femmes enceintes. Toutes ces distributions gratuites visent à couvrir l'ensemble des ménages

en MILDA et surtout à protéger les personnes les plus vulnérables. En vue d'amener les populations à utiliser les MILDA qu'elles reçoivent pour se protéger contre le paludisme, les distributions sont accompagnées d'une politique de communication autour de l'importance de cette technologie. Cette communication se fait dans plusieurs espaces à savoir les médias (radio, télévision), les communautés (les relais communautaires) mais surtout au sein des services de santé notamment les services de prise en charge du paludisme. Les services de prise en charge du paludisme, dotés de MILDA, sont les espaces par excellence qui reçoivent les personnes affectées par cette maladie. Ainsi, ceux-ci devraient constituer une vitrine, un espace où la MILDA devrait sublimer les populations et susciter chez elles l'envie de l'utiliser et à prendre conscience de son importance. Cependant, ce présent texte voudrait interroger le quotidien des services de prise en charge dans son rapport avec l'exigence de communication et de promotion de la MILDA auprès des usagers. D'autres travaux de recherche ont été réalisés hors des services de santé en vue de comprendre les déterminants sociaux de la non-

*Corresponding author: OUATTARA Zié Adama,
Doctorant en anthropologie et Sociologie à l'Université Alassane Ouattara, Centre de Recherche Pour le Développement (CRD).

adoption de la MILDA par les populations. Ils ont permis de montrer que la décision de ne pas utiliser la MILDA se construit à partir des théories étiologiques sociales du paludisme et des perceptions sociales de la MILDA. Contrairement à ces travaux, cette étude menée au sein des services de prise en charge du paludisme se propose de répondre à la question suivante : comment se construit la décision de ne pas utiliser la MILDA dans les services de prise en charge du paludisme chez les usagers ? Le but est d'aboutir à une théorie explicative de la décision par les usagers des services de prise en charge du paludisme de ne pas utiliser la MILDA.

L'étude s'inscrit dans la perspective de la théorie comportementale de la décision. Cette théorie consiste à se concentrer uniquement sur le comportement observable de l'individu pour déterminer comment il est caractérisé par son milieu et son environnement selon Payne et al. (1993) cités par Dhaili (n.d). Emanant des sciences managériales, elle se veut pertinente pour l'analyse des logiques qui sont à l'œuvre dans la prise de décision chez les populations dans le domaine de la recherche en sciences sociales notamment en anthropologie et en sociologie. Dans le cadre de cette étude, cette théorie est utilisée pour montrer l'influence de l'environnement des services de prise en charge du paludisme sur les usagers. La double approche de cette théorie : approche « cognitive » et approche de la « décision en situation » (Dhaili, op.cit) permet de comprendre comment se construit la décision de ne pas utiliser la MILDA dans ces lieux de soins.

MÉTHODES

La démarche utilisée pour cette recherche est de type ethnographique. Dans le cadre d'une enquête dans les services de santé en 2016, nous avons été attirés par la problématique de l'influence des services de prise en charge du paludisme sur la décision des usagers de ne pas utiliser la MILDA. Plusieurs observations attestaient d'une mauvaise gestion de la MILDA dans ces services, un fait qui influait sur la décision des usagers à ne pas dormir dessous. Les MILDA n'y sont pas souvent installées et lorsqu'elles le sont, le manque d'entretien et d'hygiène empêche les usagers de ces services de les utiliser. Ces données préliminaires ont été approfondies dans le cadre de nos recherches de thèse dont un volet a été effectué dans trois structures de santé, en PEV et en CPN et une autre enquête connexe en 2017. Au total, une dizaine d'observations a été faite dans 10 services notamment en hospitalisation et en observation. Ces observations ont conduit à la réalisation de 20 entretiens semi directifs et deux focus groups avec les mères d'enfants de moins de cinq ans et femmes enceintes. Ces données ont été collectées dans neuf districts de quatre régions sanitaires (Gkêkê, Bélér, Tonpki, Kabadougou). Le traitement des données a été fait en trois étapes. D'abord, les entretiens et observations ont été entièrement transcrits. Ensuite, les données transcrites ont été triées à l'aide d'un guide de tri thématique structuré. Enfin, les données triées ont subi une analyse de contenu organisée autour des thèmes clés. Pour un respect des principes éthiques, les identités des répondants ont été rendues anonymes par l'affectation de prénoms fictifs.

RÉSULTATS

La décision par les usagers des services de prise en charge du paludisme de ne pas y utiliser la MILDA est favorisée par un certain nombre de facteurs que nous analysons comme suit.

Une non utilisation due à l'absence de MILDA sur les lits d'hospitalisation et d'observation

Le manque de MILDA sur les lits en hospitalisation et en observation est un facteur qui détermine sa non-utilisation dans ces lieux. En effet, l'installation des MILDA sur les lits d'hospitalisation et d'observation est un préalable pour espérer leur utilisation au sein des services de prise en charge du paludisme. Au cours de cette recherche, nous avons noté dans six salles d'hospitalisation et quatre salles d'observation, une absence totale de MILDA sur les lits. Les malades et leurs parents qui y séjournent sont exposés aux piqûres de moustiques et au paludisme (Photo n°1).



DSCN1219/Salle d'hospitalisation fonctionnelle sans MILDA. Prise de vue le 26/08/2016 par OUATTARA Zié A dans un hôpital Général. Cette image présente une salle d'hospitalisation où l'ensemble des lits (08) ne disposent pas de MILDA installées.

Les raisons qui expliqueraient ce manque de MILDA sur les lits ont été recherchées auprès des soignants. Elles sont de nature exogène et endogène. Pour ce qui est des raisons exogènes, les entretiens semi directifs avec certains soignants révèlent que ce manque est la conséquence des comportements de certains usagers de ces services. Selon eux, lorsque les populations sont admises dans les services pour les soins, d'autres à la fin de leurs séjours, emporteraient les MILDA qu'elles ont trouvées installées sur leurs lits avec elles chez elles à domicile. Elles auraient tendance à considérer ces MILDA à caractère public comme leur propriété et pensent pouvoir en disposer selon leur bon vouloir. En ce qui concerne les raisons endogènes, certains soignants reconnaissent leur responsabilité et évoquent « la négligence » à leur niveau. Comme le disent les propos suivants :

« Vraiment, il faut dire que c'est la négligence, franchement c'est la négligence. On se dit que comme ici, c'est seulement la mise en observation, les gens ne durent pas ici. S'ils ont trop duré, c'est un jour. Donc, on ne met pas mais on va mettre », Dédé, infirmier dans le district sanitaire de Tiébissou

« Les MILDA sont disponibles. C'est le district sanitaire qui nous ravitaillait. Mais, c'est vraiment la négligence. Il faut dire la vérité », Rose, Sage-femme Major dans le district sanitaire de Yamoussoukro

On dénote de ces différents propos que les MILDA sont mises à la disposition des services de prise en charge du paludisme par le truchement des districts sanitaires. Mais, pour ce qui est de leur installation sur les lits, l'on note un manque de volonté se traduisant par la « négligence » chez les soignants.

En outre, il ressort que l'installation des MILDA dans les salles d'observation est perçue par certains soignants comme facultative voir pas nécessaire. Pour eux, vu que les usagers n'y passent pas beaucoup de temps, on pourrait donc se passer de la MILDA. Outre ce qui précède, il faut dire que lorsque des MILDA sont attachées sur certains lits, leur état d'hygiène laisse à désirer.

Une non utilisation due à l'état d'insalubrité des MILDA

L'état d'insalubrité des MILDA est l'un des faits qui accroche le plus souvent l'attention dans les services de prise en charge du paludisme. Les MILDA installées sont très souvent sales et couvertes de poussière, ce qui rend leur utilisation difficile voire impossible (Photo n°2 !).



DSCN1222/MILDA insalubres dans une salle d'observation pour enfants de 0 à 14 ans. Prise de vue le 26/08/2016 par OUATTARA Zié A. Cette image met en exergue des MILDA installées mais qui ne sont pas utilisées par les occupants. Selon eux, les MILDA ne sont pas utilisables du fait du manque d'hygiène. Elles sont pleines de poussière.

Un parent de malade nous disait à cet effet : « *ma fille (âgée de moins de 5 ans) n'a pas dormi sous la moustiquaire hier nuit. Les moustiquaires-là sont très sales, il y a trop de poussière. On ne peut pas utiliser sinon tu vas avoir le rhume. C'est ventilateur (brasseurs) qui est là* ».

Une sage-femme, interrogée dans un centre de santé du district sanitaire Bouaké Sud n'en dit pas moins. Pour elle, les MILDA au sein des services manquent d'entretien, elles sont sales. Ainsi, cela n'encourage pas les populations à les utiliser pour dormir en dessous :

J'ai une connaissance au CHU. Pas plus tard qu'hier on parlait de ça ils ont installé mais tu ne peux pas dormir dedans c'est-à-dire moustique qui est dedans c'est fait pour se protéger des moustiques mais c'est ça même qui va te donner les moustiques c'est ça parce que depuis ils sont venus ils n'ont jamais installé ils sont venus trouver mais ça y est là ils ont fait un mois aux urgences en traumatologie ça fait un mois il n'y a pas d'entretien de la moustiquaire n'a pas été changée c'est sale comme ça y est là-bas qui va dormir là-dessus.

Pauline, sage-femme dans le district sanitaire Bouaké Sud

Dans le même ordre d'idée, une dizaine de femmes participant à un focus group dans le district sanitaire de Biankouman n'ont pas manqué de le souligner. Le propos de Dame Doriane, femme enceinte, est le suivant :

« Quand tu vas à l'hôpital, tous les lits sont sans moustiquaires ou bien tout est sale. Alors que c'est eux qui

nous disent d'utiliser. Tu vas à l'hôpital pour te soigner et c'est là-bas tu vas aller prendre maladie. Les hôpitaux sont très sales. Parfois, on se dit si dans les hôpitaux, les agents de santé ne mettent pas les moustiquaires, c'est ce que c'est quelque chose qui n'est pas bon. Donc ça aussi, ça nous amène à ne pas utiliser. C'est à cause de ça que je ne dors pas sous MILDA (à domicile). Mes enfants aussi ne dorment pas sous la moustiquaire ».

L'on peut comprendre le rôle important que jouent les soignants dans le changement de comportement des populations. Le terme comportement est ici appréhendé comme toutes conduites manifestées par les populations et qui sont susceptibles de les protéger ou de les exposer à la maladie. A l'analyse du propos de Dame Doriane, l'on se rend compte que celle-ci s'inscrit dans un processus d'imitation, reproduisant ainsi le comportement des soignants dans son ménage en matière d'utilisation de la MILDA. Selon elle, si les agents de santé qui sont censés donner l'exemple et encourager les populations à l'utilisation des MILDA au sein des services par excellence accordent moins et/ou n'accordent aucune attention particulière au suivi de cet outil, cela laisse transparaître des doutes quant à son importance. Par conséquent, ces doutes conduisent des personnes, à l'image de Dame Doriane, au refus d'utiliser la MILDA dans leurs ménages. Ainsi, le traitement réservé à la MILDA dans les services de prise en charge du paludisme semble influencer les décisions des ménages en matière d'utilisation. En dehors de la poussière qui se pose sur les MILDA et les rend inutilisables, il y a également la question d'une « saleté symbolique ou imagée » qu'évoquent les populations. En effet, les MILDA des services d'hospitalisation et d'observation sont soumises à un usage public. Les malades se succèdent sur les mêmes lits et sont appelés à utiliser les mêmes MILDA lorsqu'elles sont installées. Cet usage public est perçu par les populations comme source de « saleté ». Certains estiment que chaque malade y laisse un peu de soi, de son intimité (odeur corporelle, empreintes, sueur) sur ces MILDA. De peur d'attraper des maladies en utilisant ces MILDA, ceux-ci disent préférer ne pas dormir en dessous pendant leurs séjours.

Des usages divers et une mauvaise gestion des MILDA comme facteurs de non-utilisation

L'ethnographie de la MILDA dans les salles d'hospitalisation et d'observation révèle trois faits importants. Nous articulons cette section autour d'images commentées issues des observations menées dans des services de prise en charge du paludisme que nous avons visités.

Utilisation de la MILDA à d'autres fins

L'utilité de la MILDA est réinventée au sein même de certains services de prise en charge. En effet, des MILDA en bon état mais mal entretenues sont utilisées pour autre chose que dormir en dessous (photo n°3).



DSCN1243/MILDA accrochée surfenêtre: Prise de vue le 29/08/2016 par OUATTARA Zié A. dans une salle d'hospitalisation. Elle met en exergue un usage de la MILDA au sein du service. La MILDA accrochée à la fenêtre a été mise là pour combler plus ou moins le vide laissé par l'absence de nacos. Selon les parents de malades qui y étaient, c'est ce qui servirait à fermer un peu la fenêtre.

Mauvaise gestion de la MILDA

La gestion des MILDA dans certaines salles d'hospitalisation et d'observation ne prête pas à l'utilisation. Certaines étaient nouées aux extrémités du lit (photos n°4, 5 et 6).



DSCN1241/DSCN1242/MILDA au chevet et au pied du lit : prise de vues le 24/08/2016 par OUATTARA Zié A. dans une salle d'hospitalisation. Ces images mettent en évidence des MILDA en bon état mais mal entretenues et pas installées sur les lits. L'image n°4 montre une MILDA nouée à l'avant du lit tandis que l'image n°5 en présente une à l'arrière du lit. Cette salle d'hospitalisation était composée de 6 lits. 4 lits étaient sans MILDA. Seuls ces deux lits étaient dotés de MILDA mais faisant l'objet d'une mauvaise gestion



DSCN1259/MILDA utilisable stockée dans un placard. Prise de vue par OUATTARA Zié A. le 29/08/2016 dans une salle d'observation. Cette image montre une MILDA dans le placard de la salle d'observation. Précisons que le lit qui s'y trouve est sans moustiquaire.

Les enfants malades du paludisme dont l'âge moyen était de 15 ans et leurs parents y ont passé des séjours dans cette salle sans MILDA (photos n°4 et 5). Selon les parents des malades, il leur est impossible d'utiliser ces MILDA car elles manquent d'entretien. De peur d'attraper une autre maladie, ils sont

obligés de trouver personnellement d'autres moyens pour protéger leurs enfants malades des piqûres de moustiques et du paludisme. C'est ainsi que quelques-uns avaient amené de leurs maisons, des ventilateurs.

DISCUSSION ET ESSAI DE THEORISATION

Trois étapes marquent la discussion des résultats de cette recherche. La première étape consiste à faire une théorisation des réflexions antérieures sur les facteurs explicatifs de la non-adoption de la MILDA. La seconde étape se rapporte à la théorisation des résultats de terrain de cette étude. La dernière étape consiste à montrer le positionnement de l'étude par rapport aux réflexions antérieures sur les déterminants de la non-adoption de la MILDA.

Réflexions antérieures sur les déterminants de la non adoption de la MILDA

Quand on parcourt la littérature sur la MILDA, plusieurs facteurs déterminent sa non-adoption. Des travaux consultés, deux catégories de facteurs ont été identifiées à savoir : les théories étiologiques sociales du paludisme en premier lieu et les perceptions et effets secondaires de la MILDA en second lieu.

Théories étiologiques sociales du paludisme : inadéquation de la MILDA comme moyen de prévention

La décision de la non-utilisation de cet outil de prévention du paludisme, est une résultante du poids des théories étiologiques sociales formulées sur cette maladie. En effet, le paludisme est socialement perçu comme une maladie qui est causée chez l'homme par une pluralité de facteurs. Plusieurs travaux montrent que le soleil, la fatigue, la consommation d'aliments sucrés et gras, la consommation de premiers fruits de certaines plantes, le moustique, l'insomnie etc. sont évoqués en même temps par les populations comme causes du paludisme (Jaffré 1999, Houggenhougen et al. 2003, Doudou et al. 2006, Srado 2006, Fall et Vidal 2006, Granado et al. 2006, Paré Toé, 2004 ; 2009 etc.). En outre, dans la perspective de la représentation socialisée de la maladie dite « sickness », le paludisme admet des causes abstraites. Cette représentation est fondée sur le principe que le désordre biologique est la conséquence d'un désordre social selon Augé (Lézé, 2003 reprenant Dozon et Fassin;). La représentation socialisée de la maladie stipule que la maladie peut être la conséquence de la transgression d'un interdit social, l'action des sorciers, des génies etc. (Lafargue, 1972). C'est la dimension abstraite de la maladie. Foté (1998), représente la maladie à cet effet comme un fait abstrait dont les racines sont profondes et s'alimentent dans l'invisible en ces termes: « le monde invisible est celui des causes et le monde visible est celui des effets ». A titre d'exemple, une recherche réalisée au Kenya met en évidence une maladie appelée *ndgendge* désignant les convulsions chez les enfants. Elle montre que les mères interrogées n'établissaient aucun lien entre cette maladie et les moustiques. Dans leur savoir local, le *ndgendge* est perçue comme une maladie due à des mauvais esprits ou à des génies.

Selon Kpatchevi (2001), l'utilisation de la MILDA est en rapport avec les perceptions sur l'étiologie populaire du paludisme. Or, selon Taverne in Benoist (1996), « les recours thérapeutiques répondent à des modèles variés d'interprétation de la maladie et de ses causes ».

Paraphrasant Taverne, nous pouvons en déduire que les comportements préventifs observables au sein des populations sont fonction de leurs représentations des causes de la maladie. Dans la même perspective, Jaffré (1999), évoque le « modèle soustractif » de Lafargue (1986). Selon ce modèle, « le mode d'interprétation de la maladie incite à décrire le traitement comme son envers ». Il donne l'exemple selon lequel « la maladie sous la forme d'un excès de matières (huile, graisse, mauvais aliments) et d'une rétention dans le ventre (constipation) aurait pour traitement la pratique de la purge, la consommation de vomitifs et de laxatifs ». Dans le cadre de la prévention, ce modèle implique que les causes de la maladie déterminent de facto les moyens de la prévenir. Les théories étiologiques sociales s'inscrivent dans le cadre de la représentation socialisée de la maladie développée par des auteurs comme Kleinman, Eisenberg, Good (1978), Littlewood (1991), Helman et Cecil (1981), Armenakis et Kiefer (2007), Fassin (1990) repris par Tremblay (2009). Ainsi, comme le veut le modèle soustractif, les moyens populaires de prévention du paludisme se résument en des comportements se situant à l'inverse des causes.

Dans la logique du raisonnement populaire, se protéger contre le paludisme revient : à consommer avec modération les aliments sucrés et gras, éviter les premiers fruits de certaines plantes, éviter l'exposition prolongée au soleil, se reposer et dormir entre autres. Egalement, en ce qui concerne les causes abstraites, le respect des interdits sociaux et des pactes scellés avec les forces surnaturelles, sont entre autres des moyens permettant d'éviter d'attraper le paludisme. Cette conception sociale de l'étiologie du paludisme est un facteur structurant de la décision de ne pas utiliser la MILDA. Car, comme moyen de prévention, elle est confrontée à une situation d'inadaptation, de non-conformité avec les causes évoquées dans le savoir populaire.

Perceptions sociales et effets secondaires comme déterminants de la décision du refus d'utiliser la MILDA

Les perceptions sociales et les effets secondaires de la MILDA sont des facteurs qui influencent la décision de ne pas l'utiliser pour dormir en dessous. L'image de la MILDA est associée à des métaphores. Selon Doudou (op.cit), les raisons de son adoption limitée résident dans le fait que dans le savoir populaire, celle-ci est assimilée à un linceul, une source de chaleur et d'étouffement. En outre, au Niger, une étude réalisée par Faye (2012), montre que les principales raisons de la non-utilisation de la MILDA sont liées aux perceptions selon lesquelles celle-ci diminue la ventilation, empêche le sommeil, provoque des avortements et rend stérile. Ces perceptions sont selon cet auteur, « des croyances ou des préjugés culturels comme des barrières potentielles à l'adoption d'attitudes et de comportements sanitaires innovants ».

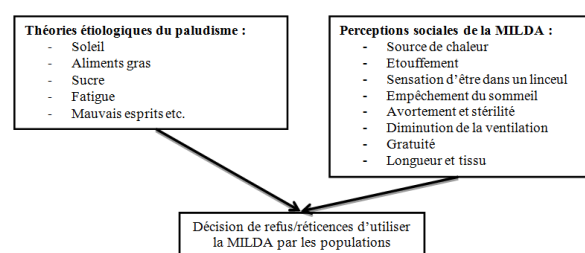
Par ailleurs, les résultats de la phase 1 de la recherche conduite sur la culture de l'utilisation des moustiquaires imprégnées au Sénégal, montre que la gratuité de la moustiquaire est une barrière à son utilisation (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, 2012). En effet, les moustiquaires distribuées gratuitement y sont perçues comme étant de moindre qualité et valeur comparativement à celles qui sont vendues en pharmacies. Comme le disent les auteurs, c'est la perception même de « l'opposition classique entre « ce qui coûte » quelque chose, et qui donc, aux yeux des usagers, a plus de valeur, et ce qui est « gratuit » considéré de

moindre valeur. Les Mlgratuites se singularisent par une perception d'une moindre qualité qui débouche sur un non usage.

En plus, la longueur des moustiquaires gratuites, selon cette étude, est également perçue comme barrière à l'utilisation des MILDA distribuées. « De l'avis des personnes interrogées, leur longueur n'est pas souvent adaptée lorsqu'on veut couvrir les espaces de couchage posés sur le sol. En effet, elles ne couvrent pas entièrement les lits et donc ne protègent pas des moustiques. Cette contrainte conduit souvent à ne pas les utiliser » nous dit l'étude. Il apparaît en premier lieu que la longueur des MILDA gratuites est quelque peu inadaptée pour la couverture des unités de couchage posées au sol telles les nattes et les matelas. En second lieu, elles sont jugées d'avoir une taille insuffisante pour couvrir l'entièreté des lits. Ainsi, les populations sont exposées aux piqûres de moustiques, la rupture du contact des moustiques avec les occupants des lits n'étant pas totale.

Outre la longueur, l'incapacité des MILDA à couvrir entièrement les lits est due à l'insuffisance du tissu. Mais, cette insuffisance dans l'imaginaire des populations, serait liée à la gratuité. Pour elles, les concepteurs utiliseraient moins de tissu pour les MILDA en raison de leur gratuité. C'est ce qui ressort du propos suivant : « les gens développent un imaginaire populaire à propos de ces MI, du fait de leur gratuité : puisque c'est donné, on pense que les concepteurs ne mettent pas suffisamment de tissu pour permettre de couvrir entièrement les lits (en particulier ceux posés par terre).

A l'insuffisance du tissu, selon la même étude, s'ajoute le problème de la qualité et des effets secondaires. Les MILDA gratuites sont considérées comme étant faites de tissu de mauvaise qualité et comportant trop d'insecticides. Ces insecticides seraient à la base des effets indésirables ressentis par les usagers. Ces effets indésirables susciteraient alors la non utilisation des moustiquaires au profit d'autres moyens de lutte contre les moustiques comme les serpentins fumigènes dont le coût est jugé moins cher à défaut de procurer une MILDA vendue en pharmacie. Cette analyse est liée à ce qui suit : « Cet imaginaire consiste aussi à considérer que la qualité du tissu est mauvaise et qu'on met trop d'insecticides dans les MI, renforçant ainsi le sentiment de gêne qu'occasionnent ces moustiquaires. Cette représentation d'une faible qualité a conduit à une négligence de ces outils et à leur non utilisation. Cette valeur moindre reconnue à la MI gratuite amène aussi à préférer l'achat de médicaments ou des spirales, qui coûtent moins cher que les moustiquaires vendues en pharmacie ». La gratuité de la moustiquaire lui confère donc une image négative car perçue comme étant de mauvaise qualité et inadaptée pour protéger les gens contre les moustiques.



Source: Revue de la littérature

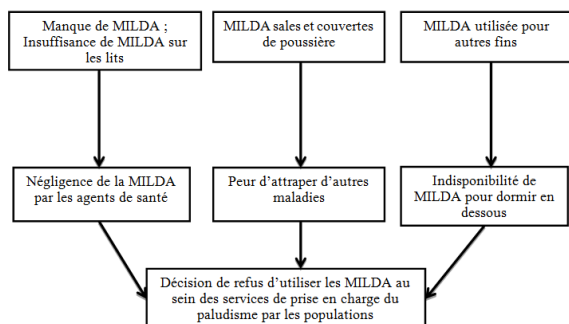
Figure 1. Modèle explicatif du refus et/ou de la réticence des populations à utiliser la MILDA

La théorisation de l'ensemble des réflexions antérieures donnent lieu au modèle explicatif suivant sur la non-utilisation de la MILDA: Ce modèle explicatif du refus ou de la non-utilisation des MILDA par les populations a un caractère général.

Données de terrain de la recherche

Les données de la présente recherche nous permettent de formuler un modèle explicatif relatif singulièrement aux services de prise en charge du paludisme (hospitalisation et observation). Selon l'analyse des données, on note que l'environnement desdits services influe sur la décision des populations. En effet, il ressort dans un premier temps qu'il y a un manque de MILDA sur les lits. Mais cet état de fait est sous-tendu par des logiques exogènes et endogènes. D'une part, selon les agents de santé interrogés, les populations s'accaparaient les MILDA au terme de leurs séjours en hospitalisation. D'autre part, ceux-ci reconnaissent un certain laxisme, la négligence qui est la leur dans l'installation des MILDA sur les lits.

Dans un second temps, nous avons le manque d'entretien et d'hygiène des MILDA qui explique les refus des populations de l'utiliser. A ce manque d'hygiène, il faut ajouter les logiques d'intimité ou de « saleté imagée » qu'évoquent certaines personnes ainsi que les usages divers et la mauvaise gestion des MILDA. La théorisation des données de terrain de cette recherche donne le schéma suivant:



Source: Données d'enquête, 2016-2017

Figure 2. Modèle explicatif du refus d'utiliser les MILDA au sein de services de prise en charge du paludisme par les populations

Positionnement de l'étude par rapport aux réflexions antérieures

Les réflexions issues des travaux de recherche antérieurs à cette étude sur les déterminants de la non-utilisation de la MILDA se sont généralement effectués au sein des ménages, des communautés. Elles mettent en exergue la responsabilité des populations elles-mêmes dans la non-utilisation de la MILDA. Les connaissances des populations sur les causes du paludisme et les perceptions sociales de la MILDA sont les facteurs qui selon ces réflexions déterminent la non-adoption de la MILDA. Contrairement à ces travaux, la présente étude se penche sur les difficultés d'adoption de cet outil singulièrement au sein de services de prise en charge du paludisme. Elle montre la responsabilité des services de prise en charge du paludisme dans la non-utilisation des MILDA par les usagers. En effet, l'absence de MILDA sur les lits d'hospitalisation et d'observation, l'état d'insalubrité et les usages divers ainsi que la mauvaise gestion des MILDA sont des facteurs qui déterminent la décision de ne pas utiliser la MILDA chez les usagers.

Cette étude, bien que faisant émerger des connaissances nouvelles dans la compréhension du refus d'utiliser la MILDA par les populations, ne se présente cependant pas comme une rupture avec les travaux antérieurs. Elle s'inscrit plutôt dans leur continuité. La prise en compte de l'ensemble de ces réflexions permet une compréhension plus globale des difficultés d'adoption de la MILDA.

Conclusion

Les agents de santé de certains services de prise en charge du paludisme notamment en hospitalisation et en observation, se présentent comme « un mauvais maître » ou un « mauvais exemple » pour les usagers en matière d'utilisation de la MILDA. Loin d'être des lieux d'excellence où le traitement de la MILDA devrait susciter chez les usagers un engouement, une prise de conscience, des services de prise en charge participent de l'éloignement des populations vis-à-vis de cet outil de prévention. C'est donc le lieu d'attirer l'attention des agents desdits services à œuvrer pour un rayonnement de la MILDA en leur sein. Cela passe nécessairement par la mise à disposition et l'installation des MILDA sur les lits en hospitalisation et en observation. En outre, celles-ci doivent être suivies et entretenues, ce qui inciterait les populations à dormir en dessous non seulement durant leurs séjours dans ces lieux mais surtout, dans la perspective de l'imitation, à reproduire ces comportements adéquats chez eux à domicile. En d'autres termes, les agents de santé doivent projeter une bonne image de la MILDA aux populations.

REFERENCES

- Armenakis et Kiefer. 2007. Social_And_Cultural_Factors_Related_To_Health_Part_A_Recognizing_The_Impact.
- OMS. 2015. Rapport sur le paludisme dans le monde. Résumé. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205422/1/WHO_HTM_GMP_2016.2_fre.pdf?ua=1
- Dhaili. R. (n.d). Construction du processus décisionnel et évaluation du risque de crédit : l'apport de l'approche comportementale. DRM-CNRS-URM 7088, CREFIGE, Université Paris Dauphine. 34 pages
- Doudou, D.T. et al. 2006. La moustiquaire imprégnée d'insecticide comme moyen de lutte contre le paludisme : les raisons d'une adoption limitée en Côte d'Ivoire, *Natures Sciences Sociétés* 14, 431-433
- Eisenberg, L. 1977. Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness, *Culture Medicine and Psychiatry*, 1, 9-23. doi:10.1007/BF00114808
- 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 n° 121 | pages 239 à 264 ISSN 0008-0276 ISBN 9782130556732.
- Fassin, D. 1990. Maladie et médecine. J.-M. Tremblay.
- Faye, S. 2012. Comprendre la non-utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) au Niger, *Médecine et Santé Tropicales*; 22 : 203-209. www.jle.com/fr/...non_utilisation...moustiquaires.../article.phtml?...
- Foté, M. 1998. *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*, Harmattan, Paris, 210 p.
- Granado S. et al. 2006. La vulnérabilité des citadins à Abidjan en relation avec le paludisme : Les risques

- environnementaux et la monnayabilité agissant à travers le palu sur la vulnérabilité urbaine. doi:10.4000/vertigo.1767 (accessed 14.06.16).
- Heggenhougen, H. K. et al. 2003. The behavioural and social aspects of malaria and its control : An introduction and annotated bibliography, 228 p.
- Helman, Cecil G, 1981. Disease versus illness in general practice. *JR Coll Gen Pract*, vol. 31, no 230, p. 548-552. (accessed 7.25.16).
- Jaffré, Y. 1999. « Sayi » in Jaffré, Y., Olivier de Sardan, J.P (dir) *la construction sociale des maladies*, Presses universitaires de France, Col. Les champs de la santé, Paris, p 155-171.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. 1978. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research, *Annals of Internal Medicine*. 88 : 251–258.
- Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, 2012. Etude sur la Culture de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées au Sénégal. Première Phase, 49 p. https://www.k4health.org/sites/default/files/sconu_final_report_phase1b_0.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 18 décembre 2017. <http://journals.openedition.org/amades/1010>
- Lalargue, F. 1972. Les représentations traditionnelles de la maladie et de la guérison chez les abidjis et l'ensemble des peuples du groupe akan de Côte d'Ivoire, CERAP, Abidjan, 18 p.
- Lézé, S. 2003. « Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin, eds, Critique de la santé publique ». Une approche anthropologique. *L'Homme*. Revue française d'anthropologie 339–340.
- Littlewood, R. 1991. From disease to illness and back again, *The lancet*, 337(8748), 1013-1016. [https://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)92668-R](https://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(91)92668-R) (accessed 25.7.16).
- Paré-Toé, L. 2004. « Insertion dans l'espace domestique d'une technique de prévention contre le paludisme : la moustiquaire imprégnée d'insecticide (Burkina Faso) », Mémoire de DEA, France, EHSS, 121 pages.
- Paré-Toé, L. et al. 2009. Decreased motivation in the use of insecticide-treated nets in a malaria endemic area in Burkina Faso, *Malaria Journal*, 8(1), 175. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-8-175>
- Srado, M. D. 2010. L'utilisation des moustiquaires imprégnées et insecticides en Côte d'Ivoire, perceptions et pratiques des acteurs: Etude de cas dans la région sanitaire d'Abidjan. *INFAS*, Cycle de Master en Administration Sanitaire et Santé Publique, Maroc, 99 pages.
- Taverne B. 1996. « La construction sociale de l'efficacité thérapeutique, l'exemple guyanais », in Benoist, J., (dir.), *Soigner au pluriel: essais sur le pluralisme médical*. Chap 1, Col Médecine du monde, Paris, Karthala. PP 29-44
