Revue Internationale DAMBE

Valorisation des Savoirs Endogènes et Promotion de la Recherche Scientifique

ISSN : 1987-1996

Volume 1_Numéro 1

Décembre 2024

Mutation Socio-économique, culturelle et environnementale en Afrique : Défis et enjeux.

Revue semestrielle multidimensionnelle du CERFDES

https://cerfdesconsulting.com/revue

Revue Internationale DAMBE

Valorisation des savoirs endogènes et promotion de la recherche scientifique.

PRESENTATION

La revue Internationale « Dambé » qui est un mot bambara signifiant la dignité, est une revue qui vise à promouvoir la recherche scientifique en mettant en valeur les savoirs endogènes en Afrique et ailleurs. C'est une revue semestrielle adossée au Centre d'études, de Recherche et de Formation sur les Dynamiques Économiques, Environnementales et Sociales (CERFDES). À l'exception des numéros spéciaux dont la publication est conjoncturelle, la revue publie deux numéros par an (Juin et Décembre).

Ayant un intérêt particulier pour les sciences sociales, elle reçoit des contributions de doctrine livrant des réflexions sur toutes les questions ou problématiques actuelles dans des domaines tels que, la géographie, l'économie, le droit, la santé et tout autre sujet concernant les sciences sociales, humaines et environnementales.

Les articles soumis à la revue Dambé sont évalués de façon rigoureuse par un comité scientifique et de lecture composés de chercheurs et d'enseignants-chercheurs de diverses nationalités et de spécialités variées. Tous les articles publiés restent accessibles librement par les auteurs ainsi que par les lecteurs sur le site de la revue, à l'exception des numéros spéciaux dont la publication est conjoncturelle, la revue publie deux numéros par an.

COMITE EDITORIAL

Président du Comité Scientifique

Pr Balla DIARRA, Professeur titulaire en Géographie, École Nationale d'Administration

Coordinateur Scientifique

Dr Issa DIALLO, Maître de conférences en sociologie de la santé, INFTS

Rédacteur en Chef

Dr Idrissa DEMBELE, Maître assistant en droit, USJPB

Rédacteur en Chef Adjoint

Dr Adama Koné, Géographe, CERFDES

Coordonnateur des Rubriques Sciences de la Santé

Dr Abdoul Salam DIARRA, Maître assistant en Santé Publique, CNRST, Bamako, Mali

Directeur de publication

Dr Malick TIMBINE, Maître assistant en Géographie, environnement et santé, ISH

COMITE SCIENTIFIQUE

Pr Balla DIARRA, Géographie, Ecole Nationale d'Administration, Mali

Pr Flatie OUATTARA, philosophie, Université Joseph K. Zerbo, Burkina Faso

Pr Seydou MARIKO, Géographie, Ensup de Bamako, Mali

Pr Cheich Hamala TOURE, Professeur titulaire, Université des Sciences Juridiques et Politiques de Bamako (USJPB), Mali

Pr Brema Ely DICKO, Sociologue, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Pr Aboubacar Sidiki COULIBALY, littérature anglaise, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Pr Belco OUOLOGUEM, Philosophie, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Bazoumana DIARRASSOUBA, Géographie, Maître de conférences, CAMES, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Dr Nouhoum TANDINA, Maitre de Conférences CAMES, USJPB

Dr Amadou TRAORE, Maître de conférences CAMES en sociologie, Université de Ségou.

Dr Fodié TANDJIGORA, Sociologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Ibrahima TRAORE, Sciences de l'Education, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Boureima TOURE, Anthropologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Seydou LOUA, Sciences de l'Education, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Abdoulaye GUINDO, Anthropologie médicale, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Kawélé TOGOLA, Anthropologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Almamy SYLLA, Anthropologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Arouna DEMBELE, Géographie, Maître de conférences, USSGB Mali

Dr Amadou BAMBA, Maître de conférences en Économie, USSGB, Mali

Dr Baba COULIBALY, Géographie Maître de Conférences à l'ISH. Mali

Dr Aimé Assué YAO, Géographie, Maître de conférences CAMES, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte D'ivoire.

Dr Tuo PEGA, Géographie de la santé, Maître de conférences CAMES, Université Félix Houphouët Boigny.

Dr Papa Fara DIALLO, Maitre de conférences en sciences politiques, Université Gaston Berger de saint Louis, Sénégal

Dr Boubacar dit Dédé TRAORE, Archéologie, Maître de conférences à l'ISH.

Dr N'Gna TRAORE, anthropologie, Maître de conférences à l'ISH.

Dr Issa DIALLO, Maitre de conférences en sociologie de la santé, INFTS.

Dr Souleymane KEITA, Maître de conférences, philosophe, USLHB.

Dr Moctar SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de conférences, sciences de l'éducation, USLHB.

Dr Mory DIALLO, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Allaye NIANGALY, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Abdoul SOGODOGO, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Oumar Toumaly DIALLO, Maitre de conférences, USJPB

Dr Samba SOGOBA, Maître de Conférences, USJPB

Dr Yamadou CAMARA, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Ahmed SAMAKE, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Mariam SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Fousseyni DOUMBIA, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Sounko SISSOKO, Maitre de Conférences, Université de Ségou

Dr Lamine SANDY, Sociologie, Maitre de recherche, INFTS, Mali

COMITE DE LECTURE

Dr Bazoumana DIARRASSOUBA, Géographie, Maître de conférences, CAMES, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Dr Arouna DEMBELE, Géographie, Maître de conférences, USSGB Mali

Dr Issa DIALLO, Maître de conférences des Universités du CAMES en sociologie de la santé, INFTS

Dr Souleymane KEITA, Maître de conférences, philosophe, USLHB.

Dr Moctar SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de conférences, sciences de l'éducation, USLHB

Dr Tuo PEGA, Géographie de la santé, Maître de conférences CAMES, Université Félix Houphouët Boigny.

Dr Ibrahima TRAORE, Sciences de l'Éducation, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Mory DIALLO, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Mariam SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Yacouba TENGUERI, Maître-assistant CAMES Sociologie, Université de Dédougou, Burkina Faso.

Dr Amadou BAMBA, Maitre-assistant CAMES, Maître de conférences en Économie, USSGB, Mali

Dr Yéo LANZENI, Maître-assistant CAMES en Géographie, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan.

Dr Mesmer Luther GUEUYOU, Centre d'études de droit international de l'université Paris Ouest, Enseignant chercheur à l'université de Nantes.

Dr Solim ALEKA, Docteur en Droit public, Ministère de la Santé du TOGO.

Dr Hamidou NAPARE, Sciences de l'éducation, Chargé de Recherches à l'INFSS.

Dr Bakaye TOGOLA, Anglais, études africaines et postcoloniales, UCAD

Dr Issa TOGOLA, Maître assistant en Géographie, Institut de sciences humaines, Bamako.

Dr Soufiana Souleymane MAIGA, didactique des langues université de touba Arabe.

Dr Drissa TRAORE, Maître assistant CAMES, Université de Daloa, RCI.

Dr Tiecoura Hamed COULIBALY, Université Péléforo Gon Coulibaly de Korhogo.

Dr Siaka DOUMBIA, Maître assistant en Géographie, Université de Ségou.

Dr Francis Birama Daba SARR, philosophe, Université cheikh Anta Diop de Dakar.

Dr Falingué KEITA, Économie, USSGB.

Dr Harouna BAGAYOKO, Géographie, USSGB.

Dr Adama KONÉ, Géographie, Université de gestion et de développement durable de Bamako.

Dr Amadou SOW, Droit, Centre d'Etudes, de Recherche et de Prospective en Afrique – CERPA (Mali).

Dr Ibrahima BAMBA, Droit, Institut de pédagogie universitaire de Bamako (IPU)

Dr Lassine DIARRA, Maître-Assistant USJPB.

Dr Adama KONE, Géologie, Maître-Assistant à la FST

Dr Issa OUATTARA, Maître assistant en Géographie, INFTS de Bamako.

Dr Oumar DEMBELE, Géographie, point SUD.

Dr Oumar KONÉ, philosophie, USLHB.

Dr Abdou Bougoury TRAORE, Économie de l'environnement, USSGB.

Dr Lassina TOGOLA, logisticien, USSGB.

Dr Ousmane DOUMBIA, Marketing communication, USSGB.

Dr Toumani KANTE, sciences agronomiques, IER.

Dr Youssouf GUINDO, Géographie de l'environnement, ENSUP.

Dr YAO Koffi Bertrand, Maître assistant CAMES en Géographie, Université Félix Houphouet Boigny d'Abidjan.

Dr Abdoulaye MAIGA, Économie politique, USSGB.

Dr Abdoul wahab Issiaka MAIGA, Administration Éducative et planification. Université privée Attaoune (UPA), BAMAKO

Dr Ousmane Famagan KONATE, Droit public.

Dr Malick TIMBINE, Géographie, environnement et Santé, Maître-Assistant à l'ISH.

Dr Moussa FOFANA, anthropologie de la santé, Maître-Assistant à L'ISH.

Dr Lala Aïché TRAORE, Lettre Moderne, Maître- Assistant à l'ISH.

Dr Yaya SIDIBE, Économie, Maître Assistant à l'USSGB.

Dr Mamoutou BERTHE, Philosophie à l'ENSup.

Dr Abdoulaye N'Tigui KONARE, économiste, Maître- Assistant à l'USSGB.

Dr Boubacar KONATE, Maître-Assistant à l'INFTS.

Dr Ousmane SY, Maître de recherche, Epidémiologiste, Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique, Bamako, Mali.

Dr Abdoul Salam Diarra, Maître assistant en Santé Publique, CNRST, Bamako, Mali.

Dr Idrissa DEMBELE, droit, Maitre-Assistant, USJPB

Dr Bengaly GUINDO, Science politique, Maitre-Assistant USJPB

Dr Sory Ibrahim Maiga, Science politique, Maitre-Assistant USJPB

Dr Mohamed BERTHE, droit Maitre-Assistant, École supérieur de journalisme et des sciences de la communication, Bamako

Dr Seydou MALLET, droit, USJPB

Dr Oumar CAMARA, droit, Maitre-Assistant en droit USJPB

Dr Bakary KONE, Maitre-Assistant à l'Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako.

Dr Lamine Boua COULIBALY, Géographie, Maitre-Assistant à l'Université de Ségou.

Dr Soumaila COULIBALY, Psychologie, Enseignant chercheur à l'université des sciences sociales et de gestion de Bamako.

Dr Seydou Soungalo COULIBALY, Sciences de l'éducation, à l'IPU de Bamako.

Dr Ibrahim Amara DIALLO, Philosophie politique et morale, ULSHB.

Dr Ibrahim KONE, relations internationales, FSAP, Bamako

Dr Moïse Jean, Docteur en droit public à l'Université de Nanterre, Chercheur postdoctoral à l'Université de Genève.

SOMMAIRE

PARTIE 1 : SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Dr. DIANE Sidi Boubacar
LA TURQUIE A L'EPREUVE DU MULTICULTURALISME : LE VECU DES COUPLES AFRO-TURCS DANS LA VILLE D'ISTANBUL 1
Dosselimingnon Benoit SORO, Mathieu Jonasse AFFRO, Nambégué SORO
IMPACT DES SYSTEMES D'ELEVAGE SUR LA TRANSFORMATION DES PAYSAGES DANS LA REGION DE GBÊKÊ (CENTRE DE LA CÔTE D'IVOIRE) 20
NKONGOLO KAAJILA Dieudonné
PARTICIPATION DES ORGANISATIONS PAYSANNES A L'EMERGENCE DU SECTEUR AGRICOLE EST-KASAÏN : QUELS MECANISMES POUR SON EFFECTIVITE ?..... 42
KARIDIOULA Logbon, COULIBALY Moussa, KOFFI Brou Emile
ACCESSIBILITE EN EAU ET VULNERABILITES DES POPULATIONS RURALES DANS LE DEPARTEMENT DE DABAKALA (CENTRE NORD DE LA COTE D'IVOIRE) 68
DOVI Komi François, LODONOU Kossi
CONTRIBUTION DES ENSEIGNEMENTS DE LANGUE A L'EDUCATION A LA CITOYENNETE : L'ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS AU PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE AU TOGO 85
KANATE Mohamed, DIOMANDE Yaké Raymond, KONE Issiaka
L'ECOLE DANS LES ZONES INDUSTRIALO-PORTUAIRES ET COMMERCIALES A ABIDJAN 108
Arounan OUÉDRAOGO
LA MÉDECINE GÉNOMIQUE À L'ÉPREUVE DE LA RÉFLEXION PHILOSOPHIQUE : VERS UNE RÉVOLUTION CONCEPTUELLE DE LA SANTÉ 126
Dr KOUAME BI GOORE Roland
PARENTIFICATION DES AINES ET MALTRAITANCE INTRAFRATERNELLE DANS LES FAMILLES MONOPARENTALES MATRICENTRIQUES : CAS DU DISTRICT D'ABIDJAN 139
Harouna KONATE, Koiworo COULIBALY
PROBLEMATIQUE DE GESTION DES DECHETS SOLIDES EN COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO (MALI)..... 155
Safiatou DIALLO
EXCISION EN GUINEE : QUAND LES TRADITIONS CULTURELLES FREINENT L'ABOLITION 171
Issa NIAMBA, Siaka OUATTARA
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DES IMMIGRANTES SERVEUSES DANS LES DEBITS DE BOISSONS A OUAGADOUGOU..... 185
Chéhibou COULIBALY
FONCTIONS SOCIOCULTURELLES DU *KANCIINRI* CHEZ LES SENOUFOS 201
Dr Oumar DEMBELE, Dr Adama KONE, Dr Lamine Boua COULIBALY, Mounérou DJIRE
INONDATIONS DANS LES QUARTIERS PERIURBAINS DE BAMAKO : STRATEGIES D'ADAPTATIONS DES POPULATIONS RIVERAINES DE KALABANCORO..... 220
Bréhima Chaka TRAORE, Oumarou AROU
PRISE EN CHARGE DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS : CONTRASTES DES OFFRES MEDICALES A YIRIMADIO (BAMAKO) 246
Mahamadou CISSE, Tenemaka SANOGO, Bakary DAGNO, Ibrahima DEMBELE
PRATIQUE DES ACTIVITES DE MARAICHAGE DANS LA VILLE DE SEGOU 262
Dr. Zakaria Coulibaly
PATRIOTISME DANS LES ECOLES AMERICAINES : UN FACTEUR DE GRANDEUR DE L'HOMME AMERICAIN ET DE DEVELOPPEMENT DE L'AMERIQUE 279
CISSE Abdoulaye
LA CRISE SOCIO SECURITAIRE ET L'EDUCATION DANS LE NORD ET LE CENTRE DU MALI..... 291
Aminata B SANGARE

INSTRUMENT DE MUSIQUE TRADITIONNELLE EN VOIE DE DISPARITION : CAS DU FLENKOLO BALANI, COMMUNE DE KASSARO, REGION DE KITA 307
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
DEPENSES SANITAIRES EFFECTUEES PAR LES USAGERS DANS L'AIRE DE SANTE DU CSREF DE KALABANCORO 324
MFUEBO PHILLIPE MABETO KIBENI
ETUDE ET DIMENSIONNEMENT D'UNE MINI CENTRALE SOLAIRE PHOTOVOLTAÏQUE : CAS DU COMPLEXE HOSPITALIER DE LUOZI 338
Ali TIMBINE, Yacouba LOUGUE, Malick TIMBINE
LA GEOGRAPHIE DES MASQUES AU PAYS DOGON ET LEUR ROLE DANS LE VIVRE ENSEMBLE AU MALI 366
Drissa KONE, Adama KONE
ANALYSE SOCIO CULTURELLE DES MONUMENTS DU DISTRICT DE BAMAKO 382
Dr. Bassy KANOUTE
TEST STATISTIQUE DE LIAISON ENTRE LA PAUVRETE ET LA SANTE DE L'ENFANT AU MALI 402
Lassina BERTHE, Dr Malick TIMBINE, Daouda KASSOGUE
PERCEPTION DES POPULATIONS ET INTERACTION DES ACTEURS DANS LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE : CAS DU CSCOM DE SOGONIKO EN COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO 420
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE SANTE : CAS DU CSREF DE KALABANKORO 436

PARTIE 2: SCIENCES JURIDIQUES ET POLITIQUES

Dr Tiécoro DIARRA
L'EXPRESSION DU POUVOIR REGLEMENTAIRE DES COLLECTIVITES TERRITORIALES 455
KOAMA Hamidou
L'ANIMATION DU CONTRÔLE PARLEMENTAIRE DE FINANCES PUBLIQUES AU MALI 488

TABLE OF CONTENT

PART 1 : HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES

Dr. DIANE Sidi Boubacar
TURKEY FACING THE CHALLENGE OF MULTICULTURALISM: THE EXPERIENCE OF AFRO-TURKISH COUPLES IN THE CITY OF ISTANBUL 1
Dosselimingnon Benoit SORO, Mathieu Jonasse AFFRO, Nambégué SORO
IMPACT OF LIVESTOCK SYSTEMS ON LANDSCAPE TRANSFORMATION IN THE GBÊKÊ REGION (CENTRAL CÔTE D'IVOIRE) 20
NKONGOLO KAAJILA Dieudonné
PARTICIPATION OF FARMERS' ORGANISATIONS IN THE EMERGENCE OF THE AGRICULTURAL SECTOR IN EAST KASAÏN: WHAT MECHANISMS ARE NEEDED TO ENSURE ITS EFFECTIVENESS? 42
KARIDIOULA Logbon, COULIBALY Moussa, KOFFI Brou Emile
ACCESS TO WATER AND VULNERABILITIES OF RURAL POPULATIONS IN THE DEPARTMENT OF DABAKALA (NORTH CENTRAL CÔTE D'IVOIRE) 68
DOVI Komi François, LODONOU Kossi
CONTRIBUTION OF LANGUAGE TEACHING TO CITIZENSHIP EDUCATION: TEACHING ENGLISH IN JUNIOR SECONDARY SCHOOL IN TOGO 85
KANATE Mohamed, DIOMANDE Yaké Raymond, KONE Issiaka
SCHOOLS IN THE INDUSTRIAL, PORT AND COMMERCIAL AREAS OF ABIDJAN 108
Arounan OUÉDRAOGO
GENOMIC MEDICINE PUT TO THE TEST OF PHILOSOPHICAL REFLECTION: TOWARDS A CONCEPTUAL REVOLUTION IN HEALTHCARE 126
Dr KOUAME BI GOORE Roland
PARENTIFICATION OF ELDERLY PEOPLE AND INTRA-FRATERNAL ABUSE IN MATRICENTRIC SINGLE-PARENT FAMILIES: THE CASE OF THE ABIDJAN

DISTRICT 139
Harouna KONATE, Koiworo COULIBALY
SOLID WASTE MANAGEMENT ISSUES IN COMMUNE V OF THE DISTRICT OF BAMAKO (MALI) 155
Safiatou DIALLO
FEMALE GENITAL MUTILATION IN GUINEA: WHEN CULTURAL TRADITIONS HINDER ABOLITION 171
Issa NIAMBA, Siaka OUATTARA
SOCIO-DEMOGRAPHIC AND PROFESSIONAL CHARACTERISTICS OF IMMIGRANT WAITRESSES IN DRINKING ESTABLISHMENTS IN OUAGADOUGOU 185
Chéhibou COULIBALY
SOCIOCULTURAL FUNCTIONS OF THE KANCIINRI AMONG THE SENOUFOS 201
Dr Oumar DEMBELE, Dr Adama KONE, Dr Lamine Boua COULIBALY, Mounérou DJIRE
FLOODING IN THE PERI-URBAN NEIGHBOURHOODS OF BAMAKO: ADAPTATION STRATEGIES OF THE REVERSIDE POPULATIONS IN KALABANCORO 220
Bréhima Chaka TRAORE, Oumarou AROU
TREATMENT OF MALARIA IN PREGNANT WOMEN AND CHILDREN UNDER FIVE YEARS OF AGE: CONTRASTS IN MEDICAL SERVICES IN YIRIMADIO (BAMAKO) 246
Mahamadou CISSE, Tenemaka SANOGO, Bakary DAGNO, Ibrahima DEMBELE
PRACTISING MARKET GARDENING IN THE CITY OF SEGOU 262
Dr. Zakaria Coulibaly
PATRIOTISM IN AMERICAN SCHOOLS: A FACTOR IN THE GREATNESS OF THE AMERICAN PEOPLE AND THE DEVELOPMENT OF AMERICA 279
CISSE Abdoulaye
THE SOCIO-SECURITY CRISIS AND EDUCATION IN NORTHERN AND CENTRAL MALI 291
Aminata B SANGARE
TRADITIONAL MUSICAL INSTRUMENT IN DANGER OF DISAPPEARING: THE CASE OF THE FLENKOLO BALANI IN THE COMMUNE OF KASSARO, KITA REGION 307
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
HEALTH EXPENDITURE BY USERS IN THE CSREF OF KALABANCORO 324
MFUEBO PHILLIPE MABETO KIBENI
STUDY AND DESIGN OF A MINI PHOTOVOLTAIC SOLAR POWER PLANT: THE CASE OF THE LUOZI HOSPITAL COMPLEX 338
Ali TIMBINE, Yacouba LOUGUE, Malick TIMBINE
THE GEOGRAPHY OF MASKS IN THE DOGON COUNTRY AND THEIR ROLE IN COMMUNITY LIFE IN MALI 366
Drissa KONE, Adama KONE
SOCIO-CULTURAL ANALYSIS OF MONUMENTS IN THE DISTRICT OF BAMAKO 382
Dr. Bassy KANOUTE
STATISTICAL TEST OF THE LINK BETWEEN POVERTY AND CHILD HEALTH IN MALI 402
Lassina BERTHE, Dr Malick TIMBINE, Daouda KASSOGUE
PERCEPTIONS OF THE POPULATION AND STAKEHOLDER INTERACTION IN HEALTHCARE DELIVERY: A CASE STUDY OF THE SOGONIKO COMMUNITY HEALTH CENTER, COMMUNE VI OF THE BAMAKO DISTRICT 420
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
HEALTH CENTER OPERATIONS: THE CASE OF THE KALABANKORO REFERENCE HEALTH CENTER 436

PART 2: LEGAL AND POLITICAL SCIENCES

Dr Tiécoro DIARRA
THE EXPRESSION OF LOCAL GOVERNMENT REGULATORY POWERS 455
KOAMA Hamidou
ENHANCING PARLIAMENTARY OVERSIGHT OF PUBLIC FINANCES IN MALI 488

SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

TEST STATISTIQUE DE LIAISON ENTRE LA PAUVRETE ET LA SANTE DE L'ENFANT AU MALI

STATISTICAL TEST OF THE LINK BETWEEN POVERTY AND CHILD HEALTH IN MALI

Dr. Bassy KANOUTE

E-mail : bassidingkanouty@yahoo.fr
Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB)
Laboratoire de recherche en management et Décentralisation (LAREM-DEC)

Résumé

La pauvreté influe sur l'accès des familles aux services de santé, à une alimentation adéquate et à des conditions de vie favorables. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés au thème : « test statistique liaison entre la pauvreté et la santé de l'enfant au Mali ».

Comme objectif nous cherchons à savoir s'il existe une relation significative entre la pauvreté et la santé des enfants au Mali. Pour aborder le thème, nous avons adopté la méthodologie de recherche suivante : l'estimateur empirique du coefficient de corrélation ; la force de la corrélation ; l'analyse de corrélation de pearson ; la description du test de signification de la corrélation. Les résultats montrent qu'il existe une corrélation (0,71) significative (1 %) entre la pauvreté et la santé des enfants au Mali. Les aspects spécifiques de la pauvreté qui impactent le plus les indicateurs de santé chez les enfants sont la nutrition insuffisante, l'accès limité aux soins de santé, l'insalubrité, l'éducation et sensibilisation limitée.

Mots clés : Corrélation, Estimation, Pauvreté, Significative, Insalubre

Abstract

Poverty affects families' access to health services, adequate nutrition and favorable living conditions, which is why we are interested in the theme: "statistical test link between poverty and child health in Mali". As an objective, we seek to know if there is a significant relationship between poverty and child health in Mali. To address the theme, we adopted the following research methodology: the empirical estimator of the correlation coefficient r; the strength of the correlation; Pearson's correlation analysis; the description of the correlation significance test. The

results show that there is a significant (1%) correlation (0.71) between poverty and child health in Mali. The specific aspects of poverty that most impact health indicators in children are insufficient nutrition, limited access to health care, unsanitary conditions, limited education and awareness.

Keywords: Correlation, Estimation, Poverty, Significant, Unhealthy.

1. Introduction

La santé occupe aujourd'hui un rang plus élevé que jamais dans les priorités de la communauté internationale, et celle des pauvres devient un axe essentiel de l'action en faveur du développement. Les nations du monde entier ont admis que bénéficier des meilleures conditions de santé possibles est un droit fondamental pour chaque être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses convictions politiques, et sa situation économique et sociale. Améliorer et protéger la santé est fondamental pour le développement humain d'une manière générale et le recul de la pauvreté, abstraction faite de la valeur intrinsèque de la santé pour chaque individu. Les objectifs du millénaire pour le développement (OMD), issus de la déclaration du millénaire, prévoient notamment une réduction de moitié de l'extrême pauvreté et des avancées précises dans le domaine de la santé pour 2052. Sur ces huit objectifs, trois se rapportent à la santé : faire baisser des deux tiers la mortalité infantile, réduire des trois quarts la mortalité maternelle et arrêter la propagation du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose. Les pauvres sont en moins bonne santé et meurent plus jeunes. Dans cette catégorie de la population, les taux de mortalité infantile et maternelle et l'incidence de la maladie sont en moyenne plus élevés que dans d'autres catégories, avec un accès plus limité aux soins médicaux et aux dispositifs de protection sociale. Pour les pauvres en particulier, la santé est aussi un atout économique de première importance. Elle est la clé de leur survie. Lorsqu'une pauvre tombe malade ou se blesse, la famille entière risque de se trouver piégée dans un cercle vicieux de paupérisation face au coût élevé des soins médicaux.

Par ailleurs, l'investissement dans la santé est de plus en plus reconnu comme un vecteur important de développement économique et comme un préalable indispensable pour permettre aux pays en voie développement et en particulier à leurs habitants pauvres de rompre le cycle de la pauvreté. La bonne santé de la population facilite le développement par le jeu de divers mécanismes, du fait qu'elle contribue à accroître la productivité de la main d'œuvre, à améliorer les niveaux

d’instruction et d’investissement personnel dans l’enseignement et qu’elle favorise une modification de l’évolution démographique.

Du fait que l’investissement dans la santé se justifie sur le plan tant humain qu’économique, un consensus grandissant se forme sur la nécessité d’engager un vaste programme d’amélioration de la santé des pauvres. Aujourd’hui, nous avons choisi d’examiner le lien entre la pauvreté des familles/des enfants et la santé. En effet, le droit à un niveau de vie suffisant et le droit à la santé sont intimement liés. Ainsi, alors que la pauvreté nuit à la santé de tous, adultes et enfants, elle a un impact tout particulier sur la santé des enfants parce que l’enfant est un être en voie développement et que les conditions de sa naissance, ainsi que sa bonne ou sa mauvaise santé au cours de son enfance vont avoir, avec un effet cumulatif, des conséquences à long terme sur sa santé. Les chiffres récoltés dans le cadre du présent travail en témoignent : la pauvreté a un impact négatif sur la santé, quels que soient les indicateurs utilisés et les inégalités de santé affectent l’enfant dès avant sa naissance et se poursuivent tout au long de sa vie.

Le Mali, pays d'Afrique de l'Ouest, fait face à des défis socio-économiques importants, notamment en matière de pauvreté et de santé infantile. Selon des rapports internationaux, une grande partie de la population vit sous le seuil de pauvreté, ce qui affecte directement la qualité de vie, l'accès aux soins de santé, et en particulier, la santé des enfants. Dans ce contexte, il est crucial de comprendre l'impact de la pauvreté sur la santé des enfants, car cela pourrait orienter les politiques publiques vers des interventions plus efficaces et ciblées.

Étudier la corrélation entre la pauvreté et la santé des enfants est essentiel pour plusieurs raisons Une corrélation positive entre la pauvreté et la mauvaise santé des enfants indiquerait que les enfants des familles pauvres sont plus vulnérables aux problèmes de santé. Cela permettrait d’identifier la pauvreté comme un facteur de risque majeur pour la santé infantile. Si une corrélation significative est confirmée, les autorités pourraient prioriser des interventions économiques et sociales pour les ménages pauvres afin de réduire l'impact négatif de la pauvreté sur la santé des enfants. En prouvant statistiquement cette relation, il devient plus facile de justifier un investissement dans des programmes de lutte contre la pauvreté et d’amélioration de la santé infantile, en s'assurant que les ressources soient dirigées vers les populations les plus vulnérables.

Comment la pauvreté impacte-t-elle la santé des enfants au Mali, et dans quelle mesure une corrélation statistique peut - elle être établie entre ces deux variables ? L'objectif principal consiste à analyser l'état de la pauvreté et de la santé des enfants au Mali.

2. Méthodologie

2.1. Analyse de corrélation de Pearson

L'analyse de corrélation de Pearson permet de déterminer la corrélation linéaire entre des variables à échelle métrique. La covariance respective est utilisée pour le calcul. La covariance donne une valeur positive s'il existe une corrélation positive entre les variables et une valeur négative s'il existe une corrélation négative. La covariance est calculée en utilisant

$$cov(X,Y) = \frac{\sum_{i=1}^{n}(x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{n-1} \; avec \; n = nombred'enfants$$

2.1.2 Calcule de l'estimateur empirique r du coefficient de corrélation

Cependant, la covariance n'est pas normalisée et peut prendre des valeurs comprises entre plus et moins l'infini. Il est donc difficile de comparer la force des relations entre différentes variables. C'est pourquoi le coefficient de corrélation, également appelé corrélation produit-moment, est calculé. Le coefficient de corrélation est obtenu en normalisant la covariance. Pour cette normalisation, les variances des deux variables concernées sont utilisées et le coefficient de corrélation est calculé comme suit : $r = \frac{\sum_{i=1}^{n}(x_i-\bar{x})(y_i-\bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^{n}(x_i-\bar{x})^2 \sum_{i=1}^{n}(y_i-\bar{y})^2}}$

Le coefficient de corrélation de Pearson peut maintenant prendre des valeurs comprises entre -1 et +1 et peut être interprété de la manière suivante La valeur +1 signifie qu'il existe une relation linéaire entièrement positive (plus il y en a, plus il y en a).

- La valeur -1 indique qu'il existe une relation linéaire entièrement négative (plus, moins).
- Avec une valeur de 0, il n'y a pas de relation linéaire, c'est-à-dire que les variables ne sont pas corrélées entre elles.

2.1.3 Force de la corrélation

En ce qui concerne la force de la corrélation, le tableau suivant peut-être pris comme guide :

Quantité de r Force de la corrélation

Valeur de r	Force de la corrélation
0.0 < 0.1	aucune corrélation
0.1 < 0.3	faible corrélation
0.3 < 0.5	corrélation moyenne
0.5 < 0.7	corrélation élevée
0.7 < 1	corrélation très élevée

Description du test de signification de la corrélation

Il est possible que les deux variables soient liées mais l'une n'est pas susceptible de dépendre de l'autre : il ne s'agit pas d'un problème de régression.

S'il existe une corrélation dans l'échantillon, il est encore nécessaire de vérifier s'il y a suffisamment de preuves que la corrélation existe également dans la population. Ainsi, la question se pose de savoir quand un coefficient de corrélation peut être considéré comme statistiquement significatif. La signification des coefficients de corrélation peut être testée à l'aide d'un test t. En règle générale, on vérifie si le coefficient de corrélation est significativement différent de zéro, c'est-à-dire qu'on teste l'indépendance linéaire. Dans ce cas, l'hypothèse nulle est qu'il n'y a pas de corrélation entre les variables considérées. En revanche, l'hypothèse alternative suppose qu'il existe une corrélation.

Comme pour tout autre test d'hypothèse, le niveau de signification est d'abord fixé, généralement à 5 %. Si la valeur p calculée est inférieure à 5 %, l'hypothèse nulle est rejetée et l'hypothèse alternative s'applique. Ainsi, si la valeur p est inférieure à 5 %, on suppose qu'il existe une relation entre les variables dans la population.

La valeur t pour tester l'hypothèse est donnée par la valeur t de la corrélation où n est la taille de l'échantillon et r est la corrélation déterminée dans l'échantillon. La valeur p correspondante peut être facilement calculée dans la calculatrice de corrélation.

Hypothèses du teste statistique :

Hypothèse nulle (H0) : P = 0

Il n'y a pas de corrélation significative entre la pauvreté et la santé des enfants au Mali

Hypothèse alternative (H1) : P ≠ 0

Il existe une corrélation significative (positive) entre la pauvreté et la santé des enfants au Mali.

Pour répondre à ces hypothèses on utilise le teste du coefficient de corrélation

Conditions de validités de ce test :

- Liaison linéaire entre les deux variables ;
- Distribution conditionnelle normale et de variance constante
- Indépendance des observations

Calculer la valeur du test du coefficient de corrélation on utilise la formule : $t = r\sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}}$ où

n est la taille de l'échantillon et r la corrélation déterminée dans l'échantillon

Elle consiste à déterminer le degré de signification associé à t_0 (p-value) avec p-value = probabilité d'observer une valeur de t plus grande que t_0 sous l'hypothèse nulle H0

On conclue que la pauvreté et la santé sont positivement corrélées chez les enfants de 0 à 59 mois au Mali ($r = 0{,}71,\ P < 0{,}001$).

2.2. Collecte des données

La fusion des données de SMART et EMOP 2017 a été faite comme suit :

Premier passage EMOP

- Travaux de cartographie ;

- Tirages des sections d'énumération (SE) ou Zone de dénombrement (ZC) ;

- Dénombrements exhaustifs des SE tirées ;

- Tirages aléatoires sans remises des six (6) ménages dans chaque SE ; avec un unique numéro d'identification pour chacun de ces six (6) ménages.

Deuxième passage EMOP

- Recrutements des enquêteurs pour les questions SMART ;

- Envoie des équipes SMART et EMOP sur le terrain, afin d'évoluer ensemble sur les mêmes SE et ménages ;

- Une fois que les enquêteurs EMOP ont terminé avec les questionnaires EMOP, celles-ci sont adressées à l'ensemble des membres de chaque ménage avec les mêmes identifiants et transférées par Bluetooth aux enquêteurs de SMART afin de les insérer dans leurs questionnaires ;

- Et ainsi de suite jusqu'à finir à enquêter tous les six (6) ménages.

A la fin de la collecte, les deux bases ont été fusionnées sur la base de ces mêmes identifiants.

3. Analyse, interprétation et la discutions des résultats

3.1. Analyse des résultats

Le lien entre la pauvreté et la santé des enfants au Mali est une problématique cruciale qui touche de nombreuses dimensions socio-économiques et sanitaires. Voici une analyse et interprétation sur ce sujet :

3.1.1. Tableau 1 : Nombre d'enfants issus de familles pauvres

Statut de pauvre	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tombouctou	Gao	Bamako
Non Pauvre	38296	14889	31352	17628	8829	22859	36211	38027
Pauvre	21247	24771	77478	9919	21285	6735	25433	1469

Source : Enquête de terrain, SMART et EMOP, 2017

3.1.2. Tableau 2 : Nombre d'enfant privés de la santé

	REGION							
	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tombouctou	Gao	Bamako
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
SANTE ,00	34562	134406	215472	98209	31113	45420	31353	86292
1,00	216719	184222	150997	79676	276232	26859	60471	138910
Total	251281	318628	366469	177885	307345	72279	91824	225201

Source : Enquête de terrain, SMART et EMOP, 2017

3.1.3. Calcule de la corrélation r

Les moyennes respectives des enfants privés et non privés de $x\ et\ y$sont :

$\bar{x} = 0{,}092$; $\bar{y}$=0,154 Effectif total de l'échantillon est : 7324345 enfants

$\sum(x - \bar{x}) \times (y - \bar{y}) = 96307973147$ donc $COV(x; y) = 13149{,}02374$;

$$\sum(x - \bar{x})^2 = 86793E + 10 \ ; \ \sum(y - \bar{y})^2 = 2{,}1003E + 11$$

$$\sum(x - \bar{x})^2 \times \sum(y - \bar{y})^2 = 1{,}8229E + 22 \quad ; \quad \sqrt{1{,}8229E + 22} = 1{,}350E + 11$$

$Donc\ le\ coefficient de corélation est : r = 0{,}713 < 1, alors la corelation est$

$très forte.$

3.1.4. Tableau 3 : Corrélations entre la Pauvreté et la Santé des enfants de 0 à 23 mois du Mali

	Statut de pauvreté	**Santé**
Corrélation de Pearson	1	-,038**
Sig. (bilatérale)		,000
Somme des carrés et produits croisés	583904,495	-1750,551
Covariance :	,248	-,007
N	**2359081**	**260107**

Source : Enquête de terrain, SMART et EMOP, 2017

La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

3.1.5. Tableau 4 : Corrélations entre la Pauvreté et la Santé des enfants de 24 à 54 mois du Mali

	Statut de pauvreté	**Santé**
Corrélation de Pearson	1	,057**
Sig. (bilatérale)		,000
Somme des carrés et produits croisés	583904,495	4146,130
Covariance :	,248	,014
N	**2359081**	**300622**

Source : Enquête de terrain, SMART et EMOP, 2017

La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

3.2. Interprétation des résultats

La corrélation entre la pauvreté et la santé, qui est de 0,71, indique une relation forte et positive entre ces deux variables. Cela signifie qu'à mesure que la pauvreté augmente, les problèmes de santé chez les enfants tendent également à augmenter. Le fait que cette corrélation soit significative au niveau de 0,01 confirme que cette relation n'est probablement pas due au hasard et qu'elle est statistiquement robuste.

2. **Accès limité aux soins de santé**

La pauvreté est un facteur majeur d'exclusion sociale, et cela se reflète dans l'accès limité aux services de santé. Au Mali, de nombreuses familles vivant dans la pauvreté ne peuvent pas se permettre des soins médicaux de qualité pour leurs enfants. L'absence d'infrastructures de santé adéquates dans les zones rurales, combinée aux coûts des soins (médicaments, consultations, hospitalisations), aggrave la situation. Les enfants sont souvent laissés sans traitement ou diagnostiqués tardivement.

3. **Malnutrition**

Un des aspects les plus visibles de la corrélation entre pauvreté et santé est la malnutrition. Les familles en situation de pauvreté ont souvent un accès limité à une alimentation équilibrée. La malnutrition chronique affecte gravement la santé des enfants, entraînant des retards de croissance, un affaiblissement du système immunitaire, et une vulnérabilité accrue aux maladies. Au Mali, le taux de malnutrition infantile est élevé, surtout dans les zones rurales.

4. **Accès insuffisant à l'éducation et à l'information sanitaire**

L'éducation joue un rôle crucial dans la prévention des maladies et dans l'adoption de comportements favorables à la santé. Or, dans les communautés pauvres, le taux d'alphabétisation est bas, ce qui empêche souvent les parents d'accéder aux informations essentielles concernant la santé de leurs enfants (vaccinations, hygiène, nutrition, etc.). Cela entraîne une augmentation des maladies évitables comme le paludisme, les infections respiratoires, et les diarrhées.

5. **Impact des conditions de vie**

Les conditions de vie dans les ménages pauvres sont souvent insalubres (manque d'accès à l'eau potable, absence de latrines, surpopulation dans les habitations), ce qui favorise la propagation de

maladies infectieuses. L'insalubrité environnementale, combinée à un accès limité aux soins, crée un terrain fertile pour la multiplication des maladies, impactant directement la santé des enfants.

6. **Précarité économique et catastrophes climatiques**

Le Mali est également vulnérable aux chocs climatiques (sécheresses, inondations), qui affectent directement les moyens de subsistance des familles rurales pauvres, majoritairement dépendantes de l'agriculture. Ces événements aggravent encore la pauvreté et rendent l'accès à une alimentation et des soins de santé réguliers encore plus difficile.

L'analyse de corrélation est une technique statistique qui nous donne des informations sur la relation entre les variables. L'analyse de corrélation peut être calculée pour étudier la relation entre les variables. La force de la corrélation est déterminée par le coefficient de corrélation qui varie de -1 à +1. Les analyses de corrélation peuvent donc être utilisées pour déterminer la force et la direction de la corrélation.

7. **Analyse de la corrélation**

Le coefficient de corrélation mesure la force et la direction de la relation linéaire entre deux variables. Il varie de -1 à 1.

Si le coefficient est proche de 1, cela indique une forte corrélation positive (lorsqu'une variable augmente, l'autre aussi).

S'il est proche de -1, cela indique une forte corrélation négative (lorsqu'une variable augmente, l'autre diminue).

Un coefficient proche de 0 signifie qu'il n'y a pas de relation linéaire notable entre les deux variables.

8. **Niveau de significativité (p -valeur) à 0,01 (bilatéral)**

Cela signifie que la probabilité que la corrélation soit due au hasard est inférieure à 1 %.

Le terme "bilatéral" implique que l'on teste la possibilité d'une relation dans les deux sens (positive ou négative).

Si la p-valeur est inférieure à 0,01, la relation entre les deux variables est considérée comme statistiquement significative au seuil de 1 %, ce qui est un critère très rigoureux.

En résumé, une corrélation significative à 0,01 montre une forte association statistiquement robuste, mais il faut être prudent dans l'interprétation de cette corrélation et ne pas la confondre avec une relation de cause à effet.

3.2.1. Relation entre la pauvreté et la santé des enfants au Mali, avec une corrélation de 0,71 indique une corrélation positive forte

Cela signifie qu'à mesure que la pauvreté augmente, les problèmes de santé chez les enfants tendent également à augmenter.

La relation entre la pauvreté et la santé des enfants au Mali, avec une corrélation de 0,71, indique une corrélation positive forte. Cela signifie qu'à mesure que la pauvreté augmente, les problèmes de santé chez les enfants tendent également à augmenter.

La force de cette corrélation (0,71) est relativement élevée (proche de 1), ce qui montre que la pauvreté est fortement associée aux mauvais résultats de santé chez les enfants au Mali.

De plus, le fait que cette corrélation soit significative au niveau de 0,01 indique qu'il y a moins de 1 % de probabilité que cette relation soit due au hasard. Cela renforce la crédibilité de la relation observée entre la pauvreté et la santé, soulignant qu'il existe un lien statistiquement significatif et robuste entre ces deux variables.

2. Significativité statistique : La significativité au niveau de 0,01 indique qu'il y a moins de 1 % de chance que cette corrélation soit due au hasard. Cela renforce la fiabilité de la relation observée et suggère qu'il s'agit d'une véritable association statistiquement significative.

Oui, les données suggèrent que la pauvreté est significativement liée à une détérioration de la santé infantile au Mali. La forte corrélation (0,71) et la significativité au niveau de 0,01 renforcent cette conclusion. Ces résultats peuvent justifier l'importance de politiques visant à réduire la pauvreté comme moyen d'améliorer la santé des enfants dans le pays.

3.2.2. Pauvreté est un facteur majeur influençant la santé des enfants au Mali

Voici les aspects spécifiques de la pauvreté qui impactent le plus les indicateurs de santé chez les enfants :

15. Nutrition insuffisante

L'insécurité alimentaire limite l'accès à une alimentation nutritive, entraînant des problèmes comme la malnutrition, le retard de croissance et des carences en vitamines et minéraux essentiels, qui affaiblissent le système immunitaire.

- ✓ **Accès limité aux soins de santé**

Les familles pauvres peuvent avoir du mal à accéder aux soins de santé, en raison des coûts et d'un manque de proximité aux infrastructures médicales. Cela inclut l'accès restreint aux vaccinations, aux médicaments et aux consultations, augmentant les risques de maladies infectieuses non traitées.

- ➢ **Environnement insalubre**

Les conditions de vie dans les quartiers pauvres sont souvent marquées par un manque d'assainissement et d'eau potable, favorisant les maladies infectieuses telles que la diarrhée, les infections respiratoires et d'autres maladies d'origine hydrique.

8. Éducation et sensibilisation limitées

Les familles pauvres ont souvent moins accès à l'éducation et aux informations de santé, ce qui limite les pratiques de soins et d'hygiène pour prévenir les maladies.

9. Facteurs psychosociaux

La pauvreté peut générer du stress chronique, affectant les parents et les enfants, ce qui influence négativement le bien-être mental et physique des enfants.

3.2.3. Relation entre pauvreté et santé des enfants est influencée par divers facteurs interdépendants.

Voici les principaux :

- ✓ **Malnutrition**

Les enfants en situation de pauvreté ont souvent un accès limité à une alimentation de qualité, ce qui peut entraîner des carences nutritionnelles et affecter leur croissance, leur développement cognitif, et leur système immunitaire.

- ✓ **Accès limité aux soins de santé**

Les familles défavorisées peuvent avoir des difficultés à payer des soins médicaux ou à se rendre dans des centres de santé, ce qui rend difficile la prévention et le traitement de maladies chez les enfants.

- ✓ **Conditions de vie précaires**

La pauvreté est souvent associée à des logements insalubres ou surpeuplés, exposant les enfants à des infections, des problèmes respiratoires, et d'autres risques pour leur santé.

- ✓ **Stress et santé mentale**

La pauvreté crée un environnement de stress constant pour les enfants, ce qui peut affecter leur bien-être mental et émotionnel, en plus de leur santé physique.

- ✓ **Accès limité à l'éducation**

L'éducation permet d'acquérir des connaissances sur les pratiques de santé et d'hygiène. En situation de pauvreté, les enfants ont souvent un accès limité à l'éducation, ce qui réduit leur compréhension des pratiques de santé préventive.

- ➢ **Environnement social**

Les enfants en situation de pauvreté peuvent vivre dans des environnements où ils sont exposés à la violence, aux abus, ou à des comportements à risque, ce qui peut affecter leur santé et leur bien-être à long terme.

Ces facteurs combinés contribuent à créer un cercle vicieux, où la pauvreté conduit à des problèmes de santé chez les enfants, limitant leurs chances d'améliorer leur situation future.

3.2.4. Les politiques sociales actuelles jouent un rôle crucial dans la corrélation entre pauvreté et santé infantile, cherchant à atténuer les impacts négatifs que la pauvreté peut avoir sur la santé des enfants.

Plusieurs mécanismes sont en place pour réduire les disparités sociales et économiques, dont l'accès aux soins de santé, aux services de nutrition, et à l'éducation.

- **Accès aux soins de santé**

Les programmes d'assurance maladie publique, comme la couverture médicale universelle dans certains pays, visent à assurer un accès équitable aux soins de santé, indépendamment des revenus familiaux. En réduisant les coûts directs des soins médicaux, ces programmes permettent aux familles à faible revenu de bénéficier de consultations régulières, de vaccinations et de traitements nécessaires pour la santé de leurs enfants.

- **Programmes de nutrition**

Les politiques sociales incluent également des programmes d'aide alimentaire, comme des repas scolaires gratuits ou des coupons alimentaires pour les familles à faible revenu. Une bonne nutrition est essentielle pour le développement physique et mental des enfants, et de tels programmes visent à réduire la malnutrition qui est souvent plus répandue dans les populations défavorisées.

- **Aide aux familles et soutien éducatif**

Les politiques de soutien familial (aides financières, allocations pour enfants) aident à réduire le stress économique des parents et peuvent permettre de meilleures conditions de vie pour les enfants. Un meilleur environnement familial, où les besoins de base sont assurés, peut indirectement améliorer la santé infantile en réduisant les risques liés à la précarité.

- **Éducation à la santé**

Certains programmes éducatifs permettent aussi aux familles d'acquérir des connaissances sur l'hygiène, la nutrition et la prévention des maladies. Une meilleure éducation sanitaire aide les parents à identifier les signes de maladie plus tôt et à adopter des pratiques qui contribuent à un mode de vie sain pour leurs enfants.

- **Impact global**

Cependant, malgré ces mesures, des défis demeurent : l'insuffisance de financement, les disparités régionales dans l'accès aux services, et la stigmatisation sociale associée à la pauvreté peuvent limiter l'impact de ces politiques. En conclusion, bien que les politiques sociales aient un effet

positif pour atténuer les inégalités de santé liées à la pauvreté, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour renforcer et étendre ces programmes afin d'assurer un développement sain à tous les enfants.

3.3. Discussions : en termes de comparaison aux résultats des études antérieures

- Les auteurs concluent que, « dans toutes les études qui comprennent des mesures du revenu, celui-ci est relié de façon significative à l'état de santé ».
- Les variables différentes ; Cissé, A., & al et Coulibaly, F., & al. (2021).
- On n'a pas les mêmes populations cibles « World Bank. (2020). » ;
- Les tranche d'âge ne sont pas les mêmes ;
- La corrélation est négative pour les enfants de 0 à 23 mois et positive pour ceux de 59 mois à 5 ans ;
- la significativité (0,01) est inférieure à 0,5 dans ces cas « Coulibaly, F., & al.(2021). » ;
- Le poids de la corrélation chez les enfants au Mali est très fort « Cissé, A., & al. (2019). ».

Conclusion

Une corrélation de 0,71 indique une relation positive et forte entre la pauvreté et la santé des enfants au Mali. Cela signifie que plus la pauvreté est élevée, plus la santé des enfants est affectée négativement. Comme la corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral), cela montre que cette relation est hautement significative et peu probable d'être due au hasard.

Le gouvernement malien devrait intensifier les politiques de réduction de la pauvreté, telles que l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base, pour réduire les effets négatifs sur la santé des enfants. Il est nécessaire de renforcer les infrastructures sanitaires dans les régions les plus pauvres pour améliorer l'accès aux soins et réduire les disparités de santé chez les enfants. Mettre en place ou renforcer les programmes nutritionnels pour les enfants des familles vulnérables afin de lutter contre la malnutrition, qui est souvent liée à la pauvreté. L'éducation des parents, en particulier des mères, sur la nutrition, l'hygiène et les soins médicaux pourrait aider à atténuer l'impact de la pauvreté sur la santé des enfants. Il serait utile d'effectuer un suivi régulier des enfants dans les communautés les plus pauvres, en utilisant des indicateurs de santé et de bien-être pour évaluer l'efficacité des interventions mises en place. La corrélation élevée suggère un besoin

d'actions ciblées sur les déterminants socio-économiques pour améliorer la santé des enfants dans le pays. Ces mesures peuvent contribuer à briser le cercle vicieux entre la pauvreté et les mauvais résultats de santé chez les enfants au Mali.

En somme, la lutte contre la pauvreté au Mali est indissociable de l'amélioration de la santé des enfants. Il est crucial de mettre en place des politiques intégrées qui traitent les deux problématiques simultanément pour garantir un avenir meilleur aux générations futures.

Références bibliographiques

1- Cissé, A., & al. (2019). Determinants of Child Malnutrition in Mali: Evidence from Household Data. Journal of Public Health in Developing Countries.

2- Coulibaly, F., & al. (2021). Poverty and Child Mortality in Mali: An Econometric Analysis. African Health Review.

3- World Bank. (2020). Poverty and Social Impact Assessment in Mali: World Bank Publications.

4- Organisation Mondiale de la Santé (2021). Mali Country Health Profile. OMS.

5- Rapport UNICEF (2024)

6-UNICEF, Children in Mali: A Nutrition Analysis, 2005.

7-OMS, Determinants of Malnutrition in African Children, 2008.

8-OMS, Immunization and Child Health: West African Insights, 2006.

9-Ministère de la Santé du Mali, Rapport annuel sur la lutte contre le paludisme au Mali, 2009.

10-UNICEF, Maternal and Child Health in Mali: Progress and Challenges, 2012.

11-Save the Children, Reducing Neonatal Mortality in Mali, 2010.

11-Save the Children, Annual Report on Child Poverty in Mali, 2022 ; Banque Mondiale, Projet d'appui aux communautés rurales au Mali, 2021.

12-Human Rights Watch, Desperation and Despair: The Impact of Armed Conflict on Children in Mali, 2019.

13-OMS et Action contre la Faim, Rapport sur la nutrition au Mali, 2020.

14-UNICEF Mali, Children and Education, 2021.

15-PNUD, Rapport sur le développement humain, Mali, 2022.