

## **Les mères africaines, par manque d'éducation, n'amènent pas leurs enfants au centre de santé**

*Jean-Yves Le Hesran*

Les taux de morbidité et de mortalité infanto-juvénile sont extrêmement élevés en Afrique subsaharienne. Le risque qu'un enfant meure avant l'âge de cinq ans y est 16 fois plus grand que dans les pays à revenu élevé. Les naissances prématurées et les infections sont à l'origine de la plupart des décès néonataux. Après cette période, et pendant les cinq premières années de vie, les principales causes de mortalité sont la pneumonie, la diarrhée et le paludisme. La malnutrition est un facteur sous-jacent dans environ 45 % des décès, car elle rend les enfants plus vulnérables aux maladies graves.

Plus de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans est due à des maladies qui pourraient être évitées ou traitées par des interventions simples et d'un coût modéré. Des actions de promotion de la santé sont mises en place pour répondre à ces problèmes de santé publique majeurs. Les interventions qui y sont associées ciblent l'adoption de comportements sains et l'autonomisation des individus, des familles, des ménages, et notamment des mères pour leur permettre de prendre des mesures adaptées face aux problèmes de santé des enfants qu'elles ont à gérer.

Toutefois, toutes ces actions menées suggèrent également l'idée d'une responsabilité des mères africaines, qui ne sauraient pas traiter correctement

leurs enfants et les emmener à temps au centre de santé parce qu'elles ne seraient pas assez éduquées.

Pourtant, des programmes d'éducation pour la santé sont proposés depuis de nombreuses années, sans résultats très probants. Il est donc intéressant de revoir comment, et dans quel cadre, les mères africaines prennent en charge la santé de leurs enfants.

La mère devant une fièvre chez l'un de ses enfants doit faire face à diverses contraintes et en tout premier lieu à des contraintes financières. Une large part des populations d'Afrique subsaharienne vit actuellement dans un contexte de grande pauvreté. Depuis l'initiative de Bamako, en 1987, dans une logique de recouvrement des coûts, les frais de santé doivent être, en grande majorité, réglés directement par les patients. De plus, l'insuffisance ou l'inaccessibilité d'assurances de santé publiques ou privées empêche nombre d'individus de bénéficier d'une couverture contre le risque de maladie. Sans protection sociale, les populations doivent prendre en charge le coût direct de leur santé, et ceci dans un souci constant d'économie. Aller au dispensaire signifie pour les ménages l'engagement de frais directs (prix de consultation, coût des examens et des médicaments) et de frais indirects de transport et de perte de temps de travail.

Se pose également la question de la qualité de l'accueil et du service rendu. Pour différentes raisons (manque de moyens financiers, manque de personnel), le temps de consultation dans les dispensaires est très court, il y a très peu de dialogue entre le personnel soignant et la mère. De plus, le geste médical est très souvent stéréotypé: examen clinique rapide et traitement symptomatique ou traitement test par des antipaludiques ou des antibiotiques. La consultation s'achève généralement par « revenez si cela ne passe pas ».

La mère apprend rapidement cette étape de *test thérapeutique* qui est le plus souvent efficace, puisqu'une grande partie des fièvres de l'enfant sont résolutive spontanément et donc traitées efficacement avec un antipyrétique ou un antipaludique.

De plus, le retrait du secteur public du financement de la santé a eu d'importantes conséquences, en particulier celle de permettre le développement du secteur informel du marché du médicament. Ce marché, présent partout, dans les marchés hebdomadaires, mais également dans les quartiers par l'intermédiaire des marchands ambulants, propose l'ensemble des médicaments prescrits dans les dispensaires.

Enfin, il faut rappeler que les fièvres de l'enfant sont fréquentes et que leur prise en charge représente des dépenses importantes et répétées pour les familles. Ainsi, pour des raisons d'économie de temps, mais aussi parce qu'elles ont appris de leur passage dans les dispensaires, les mères font, en cas de symptomatologie bénigne et reconnue, de l'automédication raisonnée. Elles s'occupent elles-mêmes de la première phase du traitement d'une petite maladie.

On avance souvent que les parents en Afrique utilisent en première intention les traitements traditionnels. Cela est vrai et faux. Les familles utilisent effectivement fréquemment des tisanes pour *être en bonne santé* mais, en cas de symptômes précis (fièvre, douleur, etc.), elles ont plus souvent recours à un médicament moderne. L'utilisation des médicaments est donc une pratique courante avec pour preuve l'état florissant du marché du médicament en Afrique.

Le problème de la prise en charge de la santé des enfants réside plutôt dans le délai de réaction en cas de persistance des symptômes ou d'aggravation de l'état de santé de l'enfant. Amener un enfant au dispensaire ou à l'hôpital représente une dépense potentielle importante qui nécessite une décision consensuelle de la famille et un temps pour mobiliser de l'argent. De plus, si l'état de l'enfant est grave, sa prise en charge correcte n'est pas possible dans toutes les structures de soins, ce qui nécessite un transfert vers un centre de santé mieux équipé et donc un délai et des dépenses supplémentaires.

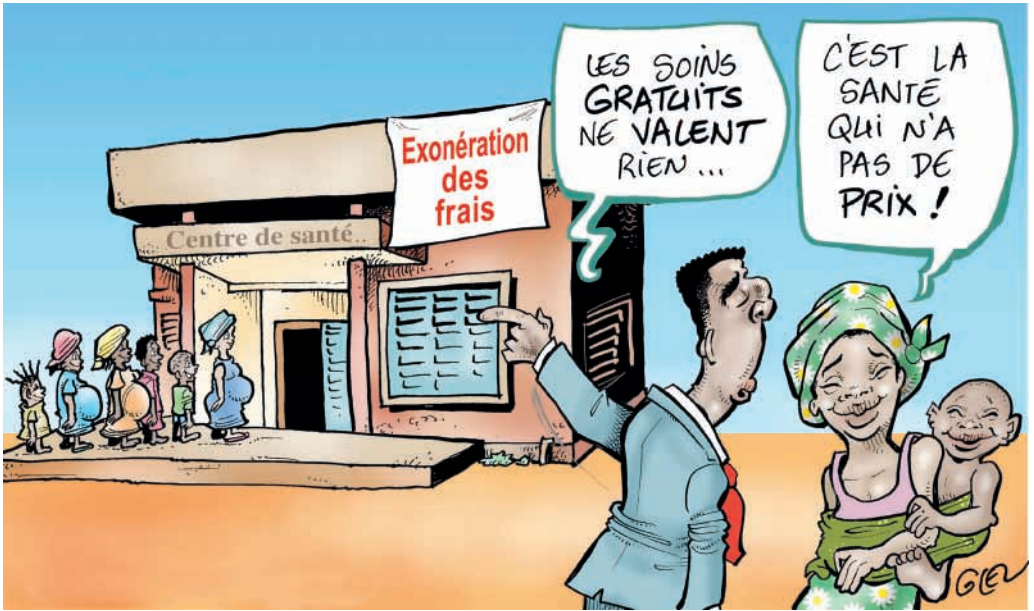
Ainsi, combattre la morbidité ou la mortalité chez l'enfant nécessite non seulement de travailler auprès des femmes, avec une éducation sanitaire adaptée, mais aussi une amélioration des conditions d'accueil dans les services de santé, une augmentation des capacités techniques de ces centres et, enfin et surtout, une politique de prise en charge de la santé des populations par des stratégies de gratuité ciblée (prise en charge gratuite du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans) ou le développement de la couverture médicale universelle (CMU), dont l'objectif est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé sans encourir de difficultés financières.

### **Pour aller plus loin**

BAXERRES, C. et LE HESRAN, J.-Y. (2006). Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal. Les atouts d'une offre de soins populaire. *Anthropologie et Sociétés*, vol. 30, n° 3: 219-230.

BAXERRES, C. et LE HESRAN, J.-Y. (2010). Quelles ressources familiales financent la santé des enfants? Les difficultés du recours aux soins pour traiter le paludisme en milieu rural sénégalais. *Revue Tiers Monde*, n° 202.

RIDDE, V. (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au delà des idéologies et des idées reçues*. Les Presses de l'Université de Montréal.



# Des idées reçues en santé mondiale

Sous la direction de  
VALÉRY RIDDE et FATOUMATA OUATTARA

## LIBRE ACCÈS

Projet pilote réalisé  
en collaboration avec  
la Direction des  
bibliothèques  
de l'UdeM.



Le dessin de couverture est une réalisation de D. Glez, d'après une idée de L. Queuille et V. Ridde, produit par HELP/CRCHUM/ECHO.

*Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada*

Vedette principale au titre :

Des idées reçues en santé mondiale  
(PUM)  
(Libre accès)

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 978-2-7606-3523-4

1. Santé mondiale. I. Ridde, Valéry, 1969- . II. Ouattara, Fatoumata. III. Collection : PUM.

RA441.I33 2015

362.1

C2015-941583-7

Mise en pages: Folio infographie

ISBN (papier) : 978-2-7606-3523-4

ISBN (PDF) : 978-2-7606-3524-1

ISBN (ePub) : 978-2-7606-3525-8

Dépôt légal: 4<sup>e</sup> trimestre 2015

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

© Les Presses de l'Université de Montréal, 2015

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier le Conseil des arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

**Canada**

IMPRIMÉ AU CANADA