

Paludisme chez l'enfant et recours aux soins en milieu rural sénégalais : approches croisées

AURÉLIEN FRANCKEL, RICHARD LALOU, VALÉRIE DELAUNAY,
AGNÈS ADJAMAGBO, SYLVAIN FAYE,
FLORENCE WAÏTZENEGGER et JEAN-YVES LE HESRAN

Le paludisme est l'une des principales maladies infectieuses au monde. Sévissant dans plus de 100 pays où vivent près de 40 % de la population humaine, le paludisme est, chaque année, responsable de 300 à 500 millions d'épisodes fébriles et provoque, selon les estimations, de 1 à 3 millions de décès¹ (Nuwaha, 2001 ; Murray et Lopez., 1997 ; Snow *et al.*, 2000). La mortalité palustre survient à 90 % en Afrique sub-saharienne et touche, dans plus de 80 % des cas, des enfants âgés de moins de cinq ans, vivant le plus souvent en milieu rural, avec un accès aux soins limité. Le paludisme constitue depuis toujours l'une des toutes premières causes de morbidité et de mortalité dans l'enfance en Afrique, mais, au cours des dernières décennies, la part de la mortalité attribuée au paludisme dans la mortalité infanto-juvénile a considérablement augmenté (Snow *et al.*, 2001 ; Trape *et al.*, 1998).

La hausse de la mortalité palustre en Afrique sub-saharienne a été principalement expliquée par l'apparition et le développement de chimiorésistances de *P. falciparum* aux principaux antipaludiques : l'augmentation du niveau de

1. Les variations dans les estimations chiffrées de la morbidité et de la mortalité s'expliquent principalement par la difficulté à mesurer ces phénomènes et par les imprécisions des statistiques nationales.

résistance entraîne, d'année en année, des taux de mortalité dus au paludisme de plus en plus élevés (Snow *et al.*, 2000 ; Trape *et al.*, 1998). L'intensification des phénomènes de chimiorésistance et l'allongement des périodes de transmission et des niveaux d'endémie, marquent l'avènement d'un cycle de transition épidémiologique du paludisme, au cours duquel les moyens médicaux et les stratégies de lutte doivent s'adapter régulièrement. Depuis le début des années 1990, les autorités sanitaires, nationales et internationales, ont doublement répondu à l'évolution épidémiologique du paludisme. Elles ont modifié, d'une part, l'offre de médicaments² : à l'instar de nombreux pays d'Afrique de l'Est et australe, les pays d'Afrique de l'Ouest ont commencé à remplacer le protocole de traitement de première ligne basé sur la chloroquine. Elles proposent, d'autre part, une lutte intégrée visant un diagnostic précoce et l'administration rapide d'un traitement approprié, notamment à travers le programme *Faire reculer le paludisme/Roll Back Malaria*, (OMS, 1998). Au Sénégal, jusqu'en juin 2003, le programme national de lutte contre le paludisme a prôné le recours le plus rapide possible en centre de santé et, à défaut, une prise en charge à domicile au cours des 48 premières heures de maladie reposant sur une utilisation adéquate de la chloroquine (PLNP, 2003).

La revue de la littérature sur les comportements de recours aux soins face aux fièvres palustres met en évidence l'existence d'un grand décalage entre les recommandations des autorités sanitaires et les pratiques thérapeutiques des populations (McCombie, 1996, Williams et Jones, 2004). Dans les discours de santé publique, des raccourcis simplistes présentent parfois le manque de connaissances sanitaires et les représentations des populations comme les principaux obstacles à l'utilisation des services de santé et au bon usage des médicaments : les populations africaines, et particulièrement celles vivant en milieu rural, sont stigmatisées pour leur attachement aux thérapeutes traditionnels, un recours tardif aux soins et une mauvaise observance des traitements.

2. Il existe un grand nombre d'antipaludiques, issus de différentes familles : les plus courants, la chloroquine et la quinine, sont complétés par de nouvelles molécules, dont les dérivés de l'artémisinine sont les plus prometteuses.

L'objectif de ce chapitre est de dresser un état des connaissances sur la perception du paludisme et sur les comportements de recours aux soins d'une population rurale au Sénégal, à partir d'une relecture approfondie et synthétique de six études, toutes menées dans une même zone géographique à une même période, mais selon des perspectives disciplinaires différentes : anthropologie, épidémiologie et sociodémographie. Nous proposons en particulier d'étudier le lien entre les représentations et les connaissances en matière de paludisme d'une part, et les comportements thérapeutiques d'autre part. Notre principale hypothèse de recherche est que les représentations et les croyances en matière de paludisme ne constituent pas des barrières figées conditionnant définitivement les comportements thérapeutiques : les connaissances sanitaires et médicales ne sont pas, à elles seules, prédictives des bonnes pratiques curatives. Comme ailleurs, les logiques thérapeutiques en milieu rural africain répondent, avant tout, à un principe de maximisation de l'efficacité des soins, en fonction des systèmes de contraintes et d'opportunités qui pèsent sur les personnes en charge de la santé de l'enfant malade. Les grandes tendances dégagées par cette relecture croisée sont mises en perspective au regard des études menées dans d'autres régions et celles concernant d'autres maladies.

Présentation des données

La population

Les différentes études mises à contribution se sont déroulées dans une trentaine de villages situés dans la région de Fatick, à 150 km à l'est de Dakar. Ces villages, comptant près de 30 000 habitants répartis sur une superficie d'environ 230 km², font l'objet, depuis plus vingt ans, d'un suivi démographique et de santé régulier réalisé par l'IRD, dans le cadre de l'observatoire de population de Niakhar (Delaunay *et al.*, 2003). La population est homogène au regard de l'ethnie, à 95 % Sereer, de l'activité, essentiellement agricole, et du niveau d'instruction, très faible. C'est une société de cultivateurs, profondément

attachés à son terroir, vivant principalement d'une culture de subsistance, le mil, et d'une culture de rente, l'arachide, en association avec l'élevage de bovins. Le climat, de type soudano-sahélien, distingue deux grandes saisons : une saison des pluies courant de juillet à octobre, déversant une pluviométrie d'environ 500 mm d'eau et une grande saison sèche allant de novembre à juin.

Le contexte épidémiologique et sanitaire

Dans la région de Fatick, le principal vecteur du paludisme est *A. arabiensis* et le parasite responsable de plus de 90 % des infections palustres est *P. falciparum*. Les villages étudiés sont soumis à une endémie palustre de type soudano-sahélienne, avec de fortes variations saisonnières liées à la pluviométrie : la transmission est presque interrompue lors de la saison sèche, et notamment dans la période allant de février à mai, mais elle est élevée lors de la saison des pluies, de juillet à octobre, avec un maximum en septembre où l'indice plasmodique dépasse 50%³ (Robert *et al.*, 1998).

La mortalité palustre est concentrée chez les enfants, en particulier ceux âgés de 1 à de 5 ans : au cours des années 1990, le taux de mortalité attribuable au paludisme est de 10,5 ‰ pour les enfants âgés de 1 à 4 ans et 2,2 ‰ pour les 5-9 ans (Etard *et al.*, 2004). Les fièvres attribuées au paludisme sont responsables d'environ 30 % des décès juvéniles (1-4 ans) et représentent la deuxième cause des décès.

Depuis la fin des années 1980, le Sénégal est confronté à l'émergence de résistances à la chloroquine : la résistance clinique s'observe sur le site de Niakhar en 1992 et atteint 20 % en 1997. Jusqu'en septembre 2003, le protocole officiel de lutte contre le paludisme repose, en première ligne, sur l'administration d'un traitement par chloroquine de 25 mg/kg en trois jours, pouvant être remplacé par des injections intramusculaires de quinine en cas de vomissements (PNLP, 2001). Devant le haut niveau de chimiorésistance de *P. falciparum* à la chloroquine, le

3. En saison des pluies, la région est donc qualifiée d'hyper-endémique.

ministère de la Santé sénégalais décide de remplacer la chloroquine par l'association Fansidar⁴/Amodiaquine.

Les villages étudiés sont desservis par plusieurs structures sanitaires de première ligne (figure 1). Du fait de leur situation géographique, la population a principalement accès aux postes de santé de Toucar et de Ngayokheme, ainsi qu'aux cases de santé qui en dépendent, dont les plus actives sont situées à Kalom et Baryndondol. La population peut, en outre, se rendre dans un dispensaire privé catholique, situé à Diohine, et dans deux cases de santé privées, l'une tenue par une matrone se consacrant aux accouchements, l'autre par un auxiliaire de santé. Les postes de santé de Niakhar et de Diarère, situés en dehors de l'observatoire de population, sont également des structures médicales accessibles aux populations. L'offre de soins se caractérise enfin par la présence de nombreux thérapeutes pratiquant une médecine traditionnelle. Ainsi, chaque village compte au moins un thérapeute traditionnel, souvent spécialisé dans le traitement d'une pathologie ou d'une symptomatologie particulière.

Les études

Les six études sur lesquelles repose notre réflexion ont été développées à partir d'objectifs et selon des approches méthodologiques sensiblement différentes. Notre propos n'est pas de procéder à une stricte comparaison ; les mesures et les observations dépendent souvent des techniques de collecte qui les produisent. Il s'agit, bien plus largement, en fonction des méthodes et des concepts utilisés, de mettre en perspective des recherches qui favorisent la complémentarité des analyses.

Les six études se composent d'une recherche sur les représentations des maladies locales pouvant être associées au paludisme, menée par Sylvain Faye [étude 1] (Faye, 2000) ; d'une étude sur les attitudes (recours hypothétiques) en cas de fièvre palustre, menée par Jean-Yves Le Hesran et Valérie Delaunay [étude 2] (Le Hesran et Delaunay, 2002) ; d'une étude sur les recours aux soins chez les enfants décédés

4. Le Fansidar[®] est médicament combinant deux molécules : la sulfadoxine et la pyrimétamine.

Figure 1. Carte des villages étudiés, des principales pistes et des principaux sites assurant des soins biomédicaux

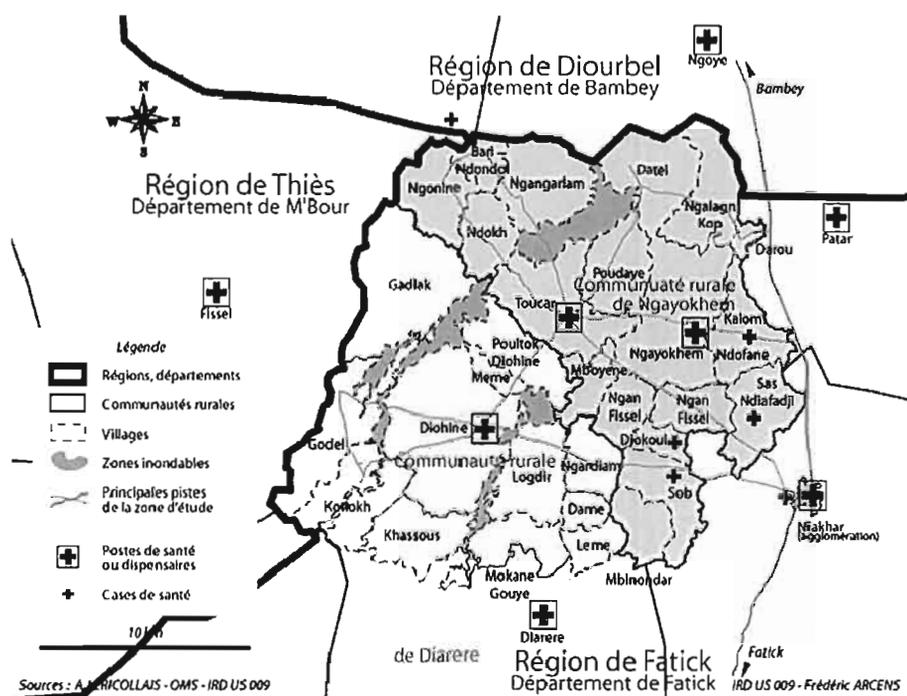


Tableau 1. Récapitulatif sur la méthodologie des études incluses dans la synthèse

N°	Auteurs	Âge des enfants	Méthodologie	Échantillonnage	Année d'enquête	Enquêtées	Référence principale
1	Faye	0-10 ans	Démarche anthropologique	Échantillonnage aléatoire. Entretiens et observations directes	2000 à 2002	Famille et guérisseurs	
2	Le Hesran Delaunay	2-5 ans	Enquête sur les attitudes	Tirage aléatoire Femmes de 25 à 35 ans N=45 F 40 H	1997	Mère et Père	
3	Dione	0-15 ans	Autopsie verbale	213 enfants décédés	1997 à 2001	Rapports	
4	Fenech	0-10 ans	Questionnaire rétrospectif 1 mois	Tirage aléatoire simple. Femmes de 15 à 49 ans N=147	1996	Mère	
5	Waitzenegger	0-5 ans	Questionnaire rétrospectif 6 mois	Tirage aléatoire Femmes de 15 à 49 ans N=200	1997	Mère	Waitzenegger (2002)
6	Lalou, Adjamagbo Delaunay Franckel	0-10 ans	Questionnaire rétrospectif 18 jours	Passage exhaustif N=902	2001	Mère, père et autres	Franckel (2004)

par paludisme, menée par Demba Dione et Jean-Yves Le Hesran [étude 3] (Dione, 1999) ; de trois études sur les comportements de recours aux soins chez l'enfant malade, souffrant notamment de fièvre. Ces recherches ont été conduites par Karine Fenech [étude 4], par Florence Waitzenegger [étude 5] et par Aurélien Franckel, Richard Lalou *et al.* [étude 6] (voir tableau 1).

Étude 1 : recherche sur les représentations des maladies locales associées au paludisme (Faye)

Cette étude anthropologique s'inscrit dans une réflexion globale sur le changement des savoirs et des pratiques thérapeutiques, tel qu'il peut s'opérer en ville, parmi les migrants originaires de Niakhar. Le regard porté sur le milieu rural d'origine, et auquel nous nous intéressons plus particulièrement pour cette synthèse, a pour objectif d'identifier les représentations et les pratiques de soins relatives au paludisme de l'enfant et d'en documenter les substrats sociaux et culturels. De façon plus spécifique, il s'agit de retrouver le lien qui s'établit entre les représentations de la maladie, son interprétation et l'ensemble des pratiques sociales, culturelles et symboliques prégnantes dans la société étudiée.

À partir des trois grands ensembles culturels identifiés dans la zone, trois villages d'enquête sont sélectionnés : Kalom (aire de Ngayokhème), Ngangarlam (aire de Toucar) et Poultok Diohine (aire du Diohine). La collecte des données s'est déroulée pendant les saisons des pluies 2000 à 2002 et concerne des cas d'affections fébriles. Cette observation est complétée par des entretiens approfondis avec les parents ainsi qu'avec les autres membres de la concession et du voisinage impliqués dans les soins. L'observation *in situ* permet de relever les manières et les gestes associés aux soins, les cérémonies rituelles et les différentes considérations entourant l'enfant et sa santé. En outre, une attention particulière est portée aux discours relatifs aux maladies de la saison des pluies (origine, causes et symptômes), tels qu'ils sont construits par les différents prestataires de soins : les personnes apparentées à l'enfant, le personnel des centres de santé, les vendeurs de médicaments et les tradithérapeutes.

Étude 2 : étude sur les attitudes (recours hypothétiques) en cas de fièvre palustre (Le Hesran et Delaunay)

Cette étude vise à décrire les comportements des individus face à une forte fièvre persistante et récurrente chez l'enfant. Chaque personne enquêtée est mise en situation fictive et est interrogée sur sa réaction devant la présence de fièvre chez l'un de ses enfants âgé de 2 à 5 ans. En raison de la séparation des tâches et des responsabilités dans le ménage réparties entre les hommes et les femmes et pour évaluer les conséquences de cette organisation sociale sur la prise de décision thérapeutique, le père et la mère sont interrogés simultanément, mais indépendamment.

L'inclusion des familles est réalisée à partir de la base de données par tirage au sort de femmes âgées de 25 à 35 ans, résidant dans la zone d'étude de Niakhar, dont le mari réside dans la zone, et ayant des enfants entre 2 et 5 ans. Les familles ayant eu à déplorer le décès d'un enfant dans les six mois précédant l'enquête sont exclues de l'échantillon. Cinquante couples père/mère sont ainsi échantillonnés. Les entretiens semi-directifs sont réalisés en 1997 dans 45 familles, mais pour 40 couples seulement (dans cinq de ces familles, le mari était absent et n'a pas pu être contacté).

Les différents éléments de l'entretien sont notés sur une grille de lecture, puis codés et saisis. Outre la description chronologique des différentes étapes de recours aux soins, l'entretien comporte des questions sur les motifs de recours aux praticiens traditionnels, sur les recours spécifiques en cas de manifestations symptomatologiques graves (vomissements, coma, convulsions) et un inventaire de la pharmacie familiale est réalisé. Une information sur l'étude, l'accord du couple est recueilli avant de commencer l'enquête (Le Hesran et Delaunay, 2002).

Étude 3 : étude sur les recours aux soins chez les enfants décédés par paludisme (Dione)

Dans le système de suivi démographique de Niakhar, chaque décès fait l'objet d'une enquête sur la base d'un questionnaire d'autopsie verbale (AV). Il s'agit d'un interrogatoire auprès de la personne la plus proche possible du défunt, conduit par un enquêteur à partir d'un questionnaire standardisé. Ce questionnaire est ensuite lu par deux médecins qui, de manière indépendante, attribuent une cause de décès. Les diagnostics discordants sont ensuite discutés par un comité médical. Le questionnaire retrace l'histoire de la maladie, l'itinéraire thérapeutique, les symptômes et les traitements. Cette étude documente les circonstances qui ont mené aux décès des enfants, notamment par l'analyse de l'itinéraire thérapeutique suivi dans la dernière semaine. Les décès considérés ici sont ceux des enfants âgés de moins de 15 ans survenus en 1998 (Dione, 1999).

Étude 4 : étude sur les comportements de recours aux soins chez l'enfant malade (Fenech)

Cette étude tente de décrire les pratiques sanitaires et thérapeutiques en cours dans la zone de Niakhar, en considérant plus particulièrement les épisodes morbides de l'enfance. À partir d'une enquête par questionnaire, rétrospective et à passage unique, cette recherche renseigne les épisodes morbides d'enfants âgés de moins de 10 ans et survenus au cours du mois précédent l'enquête. Conduite en 1996, cette enquête repose sur un échantillon de 315 femmes, tirées au hasard parmi les habitantes de la zone, qui répondent à la double exigence d'être âgées de 15 à 49 ans et d'avoir déjà enfanté (Franckel, 1999).

Étude 5 : étude sur les comportements de recours aux soins chez l'enfant malade (Wäitzenegger)

L'objectif de cette étude consiste à déterminer les variations des savoirs et itinéraires thérapeutiques relatifs aux soins des enfants basé sur l'expérience de migration en ville (urbaine) des mères ou non. Une enquête quantitative rétrospective a été menée en 1997 auprès de 467 mères âgées de 15 à 49 ans, ayant eu au moins un enfant né vivant dans les 5 années précédant l'enquête.

Le questionnaire comporte une partie sur le recours aux soins lors du dernier épisode morbide des enfants de moins de 5 ans et une autre sur les connaissances relatives aux convulsions, à la fièvre, la diarrhée et la toux chez l'enfant. L'enquête a permis de documenter 200 épisodes morbides survenus au cours des six derniers mois (Wäitzenegger, 2002).

Étude 6 : étude sur les comportements de recours aux soins chez l'enfant malade (Franckel, Lalou et al.)

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche de l'IRD⁵ et de l'IFAN⁶ sur « les facteurs culturels et socio-économiques d'acceptabilité des médicaments antipaludéens chez l'enfant en zone rurale au Sénégal ». Elle a pour principaux objectifs de décrire les comportements de recours aux soins en cas d'accès palustre présumé et d'en étudier les facteurs médicaux, sociaux, économiques et culturels, au niveau de l'individu et de la famille. L'étude s'est ainsi attachée à mettre à jour les logiques familiales et sociales qui président à la prise de décision et à la mise en œuvre des soins.

Cette recherche s'appuie sur les données d'une enquête rétrospective par questionnaire menée au cours de la saison des pluies 2001. Au total, 902 épisodes fébriles d'enfants âgés de moins de 11 ans et survenus entre 6 et 18 jours avant le passage de l'enquêteur sont renseignés. L'une des principales spécificités

5. Institut de recherche pour le développement.

6. Institut fondamental d'Afrique Noire.

méthodologiques de cette enquête tient au suivi précis de l'évolution dans le temps de l'épisode morbide et des soins pratiqués, ainsi qu'à l'interrogation systématique de plusieurs personnes (mère, père et autres personnes ayant agit dans le recours) pour chaque enfant enquêté.

Les résultats

Perception du paludisme et de ses modes de traitement

Le paludisme biomédical est désigné, en milieu *sereer*, par une pluralité d'entités qui distinguent nettement les maladies rattachées à l'expression des formes simples du paludisme et les manifestations des accès compliqués. Les différents symptômes du paludisme font l'objet de classifications étiologiques disjointes, sans lien évolutif direct [études 1, 5 et 6].

Ainsi, les épisodes fébriles, accompagnés ou non de frissons, de céphalées, de courbatures, de vomissements et de diarrhées sont associés aux *sumaan diig*⁷. En dépit de l'homogénéité ethnique et linguistique du milieu d'étude, la population utilise plusieurs termes pour désigner la morbidité fébrile intervenant au cours de l'hivernage et ne présentant pas de complications majeures. Les différentes dénominations des épisodes fébriles sans complications constituent des catégories nosologiques non exclusives, associées à une origine naturelle et partageant un élément récurrent d'explication : l'eau, issue des tiges de mil ou des pluies d'hivernage [étude 1]. L'emploi des différents vocables tient principalement à l'existence de plusieurs aires culturelles [étude 1] :

- le vocable *a cun*, signifiant épi de mil, est plutôt usité dans les villages situés au sud-ouest, à tendance traditionaliste et caractérisé par la présence d'une communauté catholique ;
- le vocable *sibidu*, altération du terme wolof *sibiru*⁸, et qui fait référence au caractère récurrent de la maladie, est surtout usité autour du village

7. On peut traduire les termes de la façon suivante : *sumaan*= fièvre, chaleur ; *ndiig*= hivernage.

8. Dérivé de *sibir* qui veut dire revenir demain.

centre de Toucar. Cette zone est marquée par une grande ouverture aux influences wolof du baol ;

— le vocable *o poog*, signifiant moustique est principalement employé dans les villages situés au nord-est, aire culturelle *ceddo*⁹.

Les épisodes morbides graves, caractérisés par des crises convulsives ou un coma, sont clairement dissociés des *sumaan diig* : ils sont considérés comme l'expression de maladies surnaturelles de l'enfance, telles que le *diid* (peur), le *kum a lass* (malfaiteur), le *a un* (maladie du pilon) ou le *o poox* et *o muss* (maladies du chien et du chat) [étude 1]. La gravité des *sumaan diig* est le plus souvent associée à la durée des symptômes et à l'apathie : pour près de 40 % des adultes, la gravité des fièvres palustres se manifeste par le prolongement dans le temps des symptômes et, pour 35 %, par des manifestations de signes généraux d'affaiblissement de l'organisme [étude 6].

La perception des causes des épisodes palustres présomptifs est plutôt conforme aux informations diffusées lors des campagnes de sensibilisation menées par les autorités sanitaires. Ainsi, la majeure partie (60 %) de la population considère que les *sumaan diig* sont provoqués par les moustiques [études 5 et 6]. Cependant, la perception du lien entre le moustique et la maladie reste le plus souvent inscrite dans une explication multicausale : les adultes donnent en moyenne plus d'une cause aux *sumaan diig*, les expliquant en particulier par les phénomènes environnementaux qui annoncent, accompagnent ou favorisent indirectement la prolifération palustre et par l'insalubrité liée à la présence d'eaux sales ou stagnantes [études 5 et 6]. De fait, la population n'a pas de réelle compréhension du mécanisme d'infection palustre : elle soupçonne la relation avec l'environnement, mais ne maîtrise ni la notion de piqûres infectantes ni le lien entre la présence d'eaux stagnantes et la prolifération des anophèles.

De manière cohérente avec la perception des *sumaan diig* comme des maladies d'origine naturelle, la consultation en centre de santé est considérée par

9. Les *ceddo* de cette zone sont issus de l'aristocratie *seereer* (métissage des Seereer avec les Guelwaar vers la fin du 14^e siècle.) Selon l'explication donnée par Ndiaye Malick (1996), les *ceddo* sont ceux qui ne croient en rien et n'ont aucun scrupule. En ce sens, le *ceddo*, incarne celui qui sait accaparer, qui a le sens des affaires et des opportunités.

75 % de la population comme le soin le plus approprié pour traiter les épisodes fébriles sans complications. Les autres moyens thérapeutiques demeurent moins fréquents : l'automédication est privilégiée par près de 15 % des répondants et les soins traditionnels, pratiqués à domicile ou par un thérapeute, par environ 10 % [études 1 et 6]. Dans une logique tout à fait différente, les symptômes caractéristiques du paludisme grave sont interprétés comme étant les manifestations de maladies d'origine surnaturelle et appellent le plus souvent un recours auprès de praticiens traditionnels [études 1 et 5].

Les injections, pratiquées dans les postes de santé, sont considérées par les populations comme le traitement le plus efficace contre le *sibidu*, en raison de la visibilité et de la rapidité de son action. Les injections font néanmoins parfois l'objet de représentations négatives, retrouvées dans ? plusieurs types de discours. Certains parents soulignent les risques d'abcès pouvant entraîner une paralysie de la jambe en cas de piqûre mal faite. Par ailleurs, certains thérapeutes traditionnels affirment que les injections sont non seulement inutiles pour traiter le *sibidu*, mais aussi, qu'elles contrarient l'efficacité des soins traditionnels qui pourraient être administrés en cas de complications de la maladie¹⁰ [études 1 et 6]. Enfin, selon diverses rumeurs circulant à Niakhar, les injections limiteraient la fertilité, ou encore, lorsqu'elles sont pratiquées au cours de la poussée dentaire, peuvent entraîner « le retournement des dents ». La chloroquine est très rarement considérée comme un remède efficace contre le *sibidu*. Cette perception est principalement alimentée par les échecs thérapeutiques (résistance à la chloroquine), par ses effets secondaires (prurit) et par les problèmes de qualité des médicaments, avec la circulation, dans les circuits informels, de comprimés périmés ou contrefaits (Dulhunty *et al.*, 2000).

Comme les connaissances, les perceptions en matière de santé exercent une influence incontestable sur les comportements de recours aux soins. On observe en effet des relations statistiques entre les connaissances et les perceptions d'une part, et les comportements, d'autre part, même si les causalités mises en évidence

10. Pour les tradithérapeutes, la fièvre jaune — communément appelée « le palu jaune » —, constitue une contre-indication absolue aux piqûres.

ne suffisent pas à prédire les pratiques thérapeutiques. Ainsi, le fait de considérer les moustiques comme la seule cause du paludisme est significativement associé à la fois à une consultation plus fréquente et plus rapide des structures biomédicales et à une ingestion plus fréquente de chloroquine lors de soins à domicile ($p < 0,01$). A l'inverse les parents expliquant la maladie exclusivement par une cause divine réalisent moins de recours biomédicaux ($p < 0,05$) [étude 6].

Les pratiques thérapeutiques

D'une manière générale, l'immense majorité des épisodes morbides enquêtés a donné lieu à une réponse thérapeutique ; seul une infime partie des enfants malades est restée sans soins (moins de 3%) [études 5 et 6]. Conformément à l'étude sur les attitudes thérapeutiques, seuls les épisodes perçus comme courts et bénins ne feront l'objet d'aucun traitement [étude 2].

Pour l'analyse des comportements thérapeutiques, nous avons choisi de dissocier les soins pratiqués spontanément au sein de la concession et les consultations auprès d'un spécialiste extérieur.

La pratique de soins à domicile

Les soins pratiqués spontanément au sein de la concession constituent le traitement dominant dans la région de Niakhar [études 1, 2 et 6] : l'immense majorité des épisodes fébriles sont d'abord traités à domicile. Les soins à domicile sont le plus souvent pratiqués en début de maladie, dès l'apparition des symptômes et se poursuivent généralement pendant les deux premiers jours de maladie [études 4, 5 et 6].

La population prodigue un large éventail de soins à domicile, faisant à la fois appel à la pharmacopée locale, au savoir-faire traditionnel et à la médication moderne. Les principaux soins traditionnels pratiqués par la population sont de quatre types :

- Les massages, les lavements et les frottements, à base de beurre de karité, de poudre de plantes ou de médicaments pilés ;
- Les aliments spéciaux, sous la forme de tisanes, de fumigations ou de bouillies à base de plantes locales ;
- Les prières, regroupant les incantations et les différentes formes de libations ;
- L'enveloppe fraîche, qui consiste à appliquer sur le corps chaud un linge humide pour faire baisser la fièvre.

Les soins à domicile sont facilement accessibles et peu onéreux, coûtant en moyenne moins de 100 Francs CFA [étude 6]. La consommation de médicaments, sous forme de sirop ou de comprimés, est fréquente : elle représente entre un quart [étude 5] et la moitié [études 4 et 6] des soins dispensés à domicile. Cependant, la nature des médicaments employés et le respect des règles de posologie est rarement conforme aux recommandations des autorités sanitaires : le paracétamol et l'aspirine sont les médicaments les plus utilisés contre les fièvres palustres; la chloroquine représente moins de 20 % des médicaments pris [études 5 et 6].

Les caractéristiques de l'épisode morbide influencent le volume et la nature des soins pratiqués à domicile. Ainsi, et de façon inattendue, l'indisposition et les céphalées sont associées à la pratique d'un plus grand nombre de soins à domicile, notamment à base de chloroquine ; la présence d'une forte fièvre est associée à une moindre ingestion des médicaments, mais à une utilisation plus fréquente d'enveloppement frais et d'aliments spéciaux [étude 6].

Le recours externe

La consultation d'un spécialiste hors de la concession est loin d'être systématique et reste fortement conditionnée par les symptômes de la maladie, par ses représentations, par son évolution dans le temps, par l'efficacité des soins pratiqués à domicile et par les disponibilités financières du ménage.

On observe ainsi que les enfants ne recevant aucun soin à domicile, tout comme ceux atteints les deux premiers jours de maux indisposants et de vomissements font deux fois plus appel à des soins externes que les autres [étude 6]. De plus, la réalisation d'un ou de plusieurs recours externes dépend fortement de la gravité perçue de la maladie : au cours des épisodes les plus sévères, entraînant une maladie longue ou conduisant au décès, plus de 80 % des enfants sont emmenés en consultation externe [études 3 et 5]. Le choix du type de recours externe varie en fonction des symptômes : dans le suivi des itinéraires thérapeutiques comme dans les intentions déclarées, les vomissements et les diarrhées orientent significativement les recours vers des structures sanitaires [études 2 et 6], alors que les crises convulsives sont plus souvent associées à la consultation de tradithérapeutes [études 2 et 5].

La majorité des recours externes sont de nature biomédicale : les consultations en centre de santé représentent entre 55 % et 70 % de l'ensemble des consultations hors de la concession [études 4, 5 et 6]. En cas de recours externe, le recours biomédical est le plus souvent accompli en première intention, mais plus d'un recours en poste de santé sur deux intervient à partir du troisième jour de maladie. La consultation de guérisseurs traditionnels intervient plus rapidement que la consultation en centre de santé [études 5 et 6]. Le délai au recours biomédical varie en fonction de sa place dans l'itinéraire thérapeutique : il est allongé en cas de pratique préalable de soins à domicile ou de consultation d'un thérapeute traditionnel [études 2, 5 et 6]. Ainsi, le délai au recours biomédical est évalué à 1,6 jours lorsque l'enfant ne reçoit pas de soins à domicile, à 2,3 jours lorsque l'enfant reçoit un soin à domicile, à 3,0 jours lorsque l'enfant en reçoit plusieurs et à 4,5 jours en cas de consultation d'un tradithérapeute en première intention [étude n°6]. Le délai plus important au recours biomédical s'explique en premier lieu par le poids des contraintes financières : le coût des consultations en structure de santé est trois fois supérieur à celui des recours traditionnels [études 4 et 6].

Un choix parmi les médicaments prescrits s'opère fréquemment : à peine un tiers des consultations médicales s'ensuit de la prise de chloroquine prescrite, avec le respect des règles de posologie dans 60 % de ces cas.

Les conditions de prise en charge de l'enfant malade

Les actes thérapeutiques sont le plus souvent décidés après concertation de plusieurs individus. Les modalités de décision varient cependant en fonction de la nature des soins programmés et des acteurs impliqués : la décision de pratiquer les soins à domicile se prend généralement individuellement — par la mère ou par une parente plus âgée —, alors que la décision d'emmener l'enfant en consultation hors du domicile relève d'un processus essentiellement collectif, auquel participe souvent le père [études 5 et 6]. L'itinéraire thérapeutique se définit avant tout comme un enchaînement d'étapes successives où les phases de proposition, de discussion, d'accompagnement, de financement et d'administration ne sont pas indépendantes : l'implication d'une personne dans le choix d'un acte thérapeutique conditionne fortement sa participation pour administrer ou financer le soin [études 4 et 6].

À l'instar du processus de prise de décision, la nature et les modalités de l'implication dans le processus thérapeutique répondent en partie à une organisation familiale, où les rôles sont définis en fonction du genre, de la position hiérarchique dans la concession et des mécanismes de distribution des ressources au sein de la famille Sereer. Ainsi, la mère, le père et les personnes extérieures au couple parental s'engagent différemment, mais souvent de façon articulée, dans la quête thérapeutique.

La mère de l'enfant, omniprésente à tous les stades de la prise en charge thérapeutique, est la principale actrice de l'itinéraire curatif. Cependant, l'implication de la mère n'est pas uniforme à toutes les étapes de la quête thérapeutique : elle est plus active au niveau des soins à domicile que des recours externes, et son implication diminue à mesure que la maladie se prolonge. Ainsi, la mère de l'enfant, en contact permanent avec le jeune enfant,

identifie la maladie et dispense les soins à domicile dans près de 80 % des cas, de manière autonome et dans un délai minimal [études 2, 4 et 6]. Si la mère participe activement à la majorité des décisions thérapeutiques [études 4, 5 et 6], les limites de son champ d'intervention semblent principalement définies par le poids des contraintes, en termes de pouvoir de décision et de pouvoir financier : souvent dans l'incapacité de faire face aux dépenses des postes de santé, en moyenne supérieures à 1 000 Francs CFA, elle privilégie les soins à domicile et les consultations auprès de thérapeutes traditionnels, dont le coût moyen avoisine les 100 Francs CFA [étude 6].

Dans une seconde phase, lorsque les soins à domicile n'ont pas permis de traiter avec efficacité l'épisode morbide, que celui-ci se prolonge ou soit perçu comme plus grave, il incombe au père, désigné par la tradition comme économiquement responsable de la cellule domestique (Troy, 1996), de prendre en charge d'autres types de soins, plus onéreux. Le champ d'action du père est principalement axé sur la prise en charge des dépenses et, dans une moindre mesure, sur la prise de décision thérapeutique : son intervention concerne peu la mise en œuvre concrète des soins. Cependant, le père est d'autant plus impliqué dans le suivi de l'itinéraire thérapeutique, notamment son financement, que les actes thérapeutiques sont difficiles à mettre en œuvre : il propose et finance surtout des soins envisagés en seconde instance, participe plus aux recours externes qu'aux soins à domicile et sa propension affirmée à assumer des coûts élevés l'amène à principalement financer les recours biomédicaux [études 4, 5 et 6]. Le cadre de l'intervention du père, centrée sur les soins les plus difficiles à mettre en œuvre, explique son implication dans les recours biomédicaux et une nette tendance à décider dans la concertation.

Les personnes extérieures au couple parental, le plus souvent ses grands-mères et les frères du père sont de véritables acteurs de la prise en charge thérapeutique de la maladie : elles identifient près de 15 % des épisodes morbides [études 2 et 6], participent au tiers des décisions thérapeutiques [études 5 et 6] et financent 15 % des recours externes [étude 6]. Leur intervention consiste cependant rarement à se substituer d'emblée aux parents biologiques

de l'enfant, mais prend la forme, le plus souvent en seconde instance, d'un soutien lors d'un épisode morbide qui se prolonge. La participation de la parenté élargie est, en outre, fortement dépendante des caractéristiques de la cellule familiale : la taille, la structure par âge et la nature des liens entre les individus cohabitants agissent comme catalyseurs des normes de prise en charge de la maladie.

Chacun des membres de l'entourage de l'enfant assure une fonction spécialisée au sein d'un cadre collectif, où la mère privilégie les solutions rapides et accessibles, et où le père prend en charge les épisodes n'ayant pu être traités dans ce cadre. Dans une problématique du changement, il est néanmoins important de nous interroger au sujet de la tendance des mères et des personnes extérieures au couple parental, à davantage participer aux décisions de consulter des thérapeutes traditionnels et sur la tendance des pères à orienter leur intervention vers les recours biomédicaux [études 5 et 6], concernant ce qui relève d'effets statutaires ou structurels et d'effets individuels.

Discussion

L'analyse des perceptions en matière de paludisme a mis en évidence un premier paradoxe : les individus partagent un fond culturel de représentations de la maladie, mais construisent un ensemble de perceptions hétérogènes, syncrétisme de savoirs et de croyances profanes et sacrées. Ainsi, de manière générale, la population rattache les différents symptômes palustres à des registres étiologiques disjoints : dans le modèle interprétatif dominant, les manifestations simples du paludisme sont considérées comme plutôt bénignes et d'origine naturelle, par opposition aux symptômes d'accès pernicieux, tels que les crises convulsives et les comas, perçus comme les manifestations de maladies surnaturelles. La littérature souligne que l'inscription des accès palustres simples dans le registre des maladies naturelles et des accès pernicieux dans celui du surnaturel est fréquent en Afrique de l'Ouest (Makemba *et al.*, 1996 ; Mwenesi, 1993 ; Jaffré *et de Sardan*, 2003 ; Mwenesi *et al.*, 1995 ; Bonnet,

1991 ; Bonnet, 1999). Cependant, au-delà de ce cadre référentiel intégratif, les dénominations de la symptomatologie palustre, les perceptions de ses causes et de ses traitements sont loin d'être unifiées. Les représentations en matière de paludisme semblent insérées dans un processus évolutif, où les informations sanitaires issues de multiples horizons se superposent de manière non exclusive : l'exposition prolongée de la population à des conceptions médicales différentes (traditionnelle Sereer, Wolof, islamique, biomédicale) a contribué à la constitution d'une pluralité de modèles d'interprétation des maladies.

Dans ce contexte de superposition cumulative des informations sur la santé, la population, exposée au fil du temps à de multiples messages relayant directement ou indirectement les recommandations des autorités sanitaires, a acquis un ensemble de savoirs sur le paludisme. Cependant, les messages théoriques de la biomédecine sont, le plus souvent, mal assimilés et remaniés. Ainsi, la connaissance du rôle du moustique, bien qu'inexistante dans les années 1980 (Bonnet *et al.*, 1990), demeure nettement inférieure aux niveaux observés dans d'autres régions, où près de 80 % des adultes associent les moustiques au paludisme (Njeto *et al.*, 1999 ; Dulhunty *et al.*, 2000 ; de Martin *et al.*, 2001). De plus, dans l'immense majorité des cas, le mécanisme d'infection palustre et le caractère évolutif de la maladie sont mal compris, ce qui conforte la population dans l'idée selon laquelle les *sumaan diig* sont des maladies courantes et relativement peu dangereuses. Enfin, en l'absence d'assimilation en profondeur du savoir technique, la population perçoit l'efficacité générale des médicaments, mais ne développe pas une lecture de ses effets particuliers : la chloroquine est peu utilisée en cas d'épisodes fébriles, mais est souvent consommée en cas de diarrhées, accompagnées ou non de fièvres [étude 5]. Le rejet de la chloroquine n'est donc pas celui du médicament en tant que tel, puisque les populations utilisent fortement les antipyrétiques (paracétamol) également prescrits par le personnel médical en cas de paludisme.

À l'inverse le paracétamol, qui fait baisser la fièvre rapidement, est paré de vertus magiques et constitue souvent une panacée contre le paludisme [études 1 et 6]. En somme, face à de maigres ressources financières et une offre de soins

insuffisante et difficile d'accès, les populations puisent dans des conceptions médicales différentes (Sereer, Wolof, islamique, biomédicale), pour se « bricoler » un savoir approprié.

La confrontation entre les comportements thérapeutiques, d'une part, et les représentations, connaissances et perceptions, d'autre part, met en évidence un second paradoxe. On observe, tout d'abord, une relative cohérence, au regard des standards biomédicaux, entre les perceptions et les comportements en ce qui concerne le recours aux soins. Dans le cas des fièvres de l'enfant, les populations de Niakhar adhèrent assez fortement, dans leurs attitudes et dans leurs pratiques, à la médecine biomédicale. En cas d'épisode morbide, la mise en œuvre d'actes thérapeutiques appartenant au registre biomédical est quasi systématique : les médicaments (paracétamol et chloroquine) sont les soins à domicile les plus pratiqués et les recours au centre de santé sont plus fréquents que les consultations de thérapeutes traditionnels. De manière similaire, les représentations et les connaissances exercent une influence sur les comportements de recours aux soins : l'assimilation d'informations biomédicales est associée à une consultation plus fréquente en structure sanitaire. Cependant, la relecture des six études met également en lumière la persistance d'un décalage entre les connaissances et les attitudes face aux fièvres palustres et les comportements thérapeutiques. Ainsi, alors que les consultations en structure sanitaire sont de loin considérées comme les plus efficaces en cas de fièvre de l'enfant, dans leurs pratiques, les populations privilégient les soins à domicile. La consultation en structure sanitaire est encore trop rare et tardive : près de 40 % des enfants décédés lorsque l'on interroge les mères par autopsie verbale n'avaient pas consulté une structure sanitaire [étude 3]. Ces résultats sont assez conformes à ceux d'autres recherches menées en milieu rural africain, montrant que le personnel médical est souvent considéré par les populations comme le plus à même de traiter le paludisme (Agyepong et Manderson, 1994 ; Baume et al., 2000), mais également que 65 % à 90 % des enfants malades sont spontanément traités au sein des concessions (Foster, 1995 ; McCombie, 1996 ; McCombie, 2002 ; Rosalinf et al., 1997 ; Baume et al., 2000 ; Goldman et al., 2000 ; Thera et al., 2000 ; Ruebush et al., 1995).

Le recours massif aux soins à domicile observé à Niakhar est une pratique commune à toutes les sociétés du monde, y compris au Nord, permettant, dans une première approche, une nécessaire appréciation du degré de sévérité des symptômes. La spécificité du contexte d'étude tient au fait que les soins à domicile constituent la norme exclusive de traitement de la majorité des épisodes palustres [étude 6]. Dès lors, la sous-utilisation des services de santé en cas d'accès palustre¹¹ simple n'apparaît pas comme la pure expression d'un choix raisonné résultant de barrières culturelles (représentations de la maladie), mais comme le produit des multiples contraintes imposées par l'environnement économique et social. À Niakhar, compte tenu des ressources financières du ménage, de la qualité de l'offre de soins et de l'organisation sociale du ménage, les soins à domicile constituent le plus souvent la stratégie pragmatique la plus rapide et la plus efficace.

Toutes les études menées dans la zone de Niakhar soulignent en effet les coûts élevés (directs et indirects) d'une consultation dans un poste de santé : coût de la consultation et des médicaments, temps de déplacement et temps d'attente. Le nombre insuffisant de structures sanitaires, en moyenne un peu plus d'une pour 10 000 habitants, impose en effet aux malades de parcourir de très longues distances, généralement en charrette. La saisonnalité du paludisme pèse lourdement sur les capacités économiques du ménage : la quasi-totalité des épisodes palustres se concentre sur une période d'environ trois mois (Delaunay, 1998). L'intensité de la pression morbide est exacerbée par l'extrême jeunesse de la population, composée d'un tiers d'enfants âgés de moins de 10 ans : au cours de l'hivernage, chaque concession doit faire face à plusieurs épisodes palustres infantiles. De plus, la période de forte transmission palustre, intervenant à la fin de l'hivernage, correspond à une période très particulière dans le calendrier

11. Cette analyse n'est, bien évidemment, pas pertinente si l'on considère l'accès pernicieux du paludisme, dont un des critères est la convulsion répétée. Devant ce tableau clinique, les populations réinterprètent souvent la maladie à partir d'un registre « surnaturel » ou religieux et privilégient le recours aux tradithérapeutes. Ces croyances et pratiques, observées par plusieurs études à Niakhar, sont également communes dans de nombreuses sociétés africaines (Foster, 1995, Williams et Jones, 2004).

des populations. Elle coïncide d'une part avec la pleine activité agricole pour l'unique récolte annuelle : les travaux champêtres nécessitent beaucoup de temps de travail et épuisent les organismes. D'autre part, la période précédant la récolte constitue un moment de précarité économique, appelée soudure¹², où la disponibilité en moyens financiers pour soigner l'enfant est minimale. Dans un contexte de grande pauvreté et dans une période de faible disponibilité de liquidités, le coût financier des recours biomédicaux est prohibitif, plus de trois fois supérieur à celui des soins à domicile ou des guérisseurs traditionnels. La fréquence et la récurrence des épisodes palustres durant l'hivernage d'une part, le manque de temps et de moyens financiers d'autre part, sont des facteurs prédisposant les populations à adopter, en première instance, une pratique thérapeutique basée sur des soins facilement accessibles et peu coûteux.

Les résultats mettent également en avant l'influence de la qualité de l'offre de soins sur le recours vers une structure médicale. En effet, alors que les populations accordent généralement crédit à la biomédecine pour le traitement des fièvres de la saison des pluies, elles sont peu satisfaites du fonctionnement des centres de santé qu'elles fréquentent. La population juge les temps d'attente anormalement longs, les ruptures dans l'approvisionnement en médicaments trop fréquentes, notamment au moment du pic épidémique. De plus, les postes de santé n'étant pas équipés pour établir un diagnostic biologique du paludisme, elles assimilent les infirmiers à de simples prescripteurs de routine de chloroquine et de paracétamol. Les populations dénoncent également les pratiques des personnels de santé : l'absentéisme presque chronique des infirmiers, remplacés par des aides-soignants peu formés ; une distance sociale entre patients et soignants entraînant un manque de dialogue pendant la consultation, qui fait parfois place à la brutalité verbale ou la condescendance ; une tendance à la sur prescription, du fait à la fois de traitements présomptifs et des effets pervers dans la gestion des médicaments par le comité de santé. (Faye et al., 2003).

12. Précédant la récolte agricole annuelle, la soudure est la période où les ressources alimentaires et monétaires sont minimales.

Dans ces circonstances, l'automédication, peu coûteuse et facile à mettre en œuvre, grâce notamment aux marchés parallèles d'approvisionnement en médicaments, constitue une alternative avantageuse aux postes de santé. Les soins à domicile présentent de nombreux avantages par rapport aux recours externes (Abosede, 1984) : la population s'inscrit dans une logique pragmatique lorsqu'elle privilégie un modèle de prise en charge axé sur un réflexe de soins à domicile pouvant, en cas d'aggravation, être complété par un recours externe, d'accès géographique et économique plus difficile.

Dans une comparaison avec d'autres pathologies, signalons enfin que les représentations, les pratiques thérapeutiques et les caractéristiques de l'offre de soins en matière de fièvres palustres apparaissent spécifiques à plusieurs égards. En effet, d'une part, la perception bénigne de la maladie et sa concentration sur une période courte renforcent la tendance à recourir aux soins à domicile. Cette tendance est confortée par les stratégies de santé publique : la prise en charge communautaire consacre les soins à domicile comme alternative de traitement du paludisme, alors que les protocoles de prise en charge d'autres maladies de l'enfance restent nettement plus tournés vers les structures sanitaires¹³. La spécificité du paludisme tient encore aux limites des différents protocoles médicaux. Ainsi, la chloroquine, peu chère et relativement bien tolérée (relativement, à cause du prurit dont tout le monde se plaint) est de moins en moins efficace en raison du développement des chimiorésistances ; les stratégies basées sur des associations thérapeutiques sont nettement plus efficaces, mais leur coût, même subventionné, est plus élevé et leur tolérance reste encore incertaine.

13. De ce point de vue, la diarrhée est sans doute une affection, qui, comme la fièvre, trouve d'abord une réponse dans les différents soins à domicile (utilisation de plantes et de médicaments). L'aggravation des symptômes induit un recours, de préférence, vers le poste de santé (Waizenegger, 2002)

Conclusion

Au terme de cette relecture des études menées sur la zone de Niakhar, il ressort assez clairement que les représentations des fièvres de l'enfant (dans un registre magico-religieux) ne constituent pas en elles-mêmes des barrières au suivi des recommandations des autorités sanitaires. Même si les connaissances sont encore mal intégrées — les populations ont généralement du mal à comprendre la complexité étiologique et épidémiologique de la maladie —, le paludisme (sous sa forme d'accès simple) est, pour un grand nombre, une pathologie connue, d'origine naturelle et dont le traitement relève de la biomédecine. Nous constatons que l'automédication et les structures médicales sont considérées comme les meilleures réponses thérapeutiques en cas de fièvre palustre. Enfin, la sous-utilisation des structures de santé s'explique principalement par les contraintes économiques et sociales de consultation et par les faiblesses de l'institution médicale.

En soulignant que le traitement du paludisme n'est pas seulement ou totalement entravé par des pesanteurs culturelles, nous voulons mettre en question une lecture par trop culturaliste des pratiques sanitaires. Mais ce faisant, nous ne nions pas que cette maladie soit une réalité biologique façonnée par le contexte socioculturel local dans lequel elle s'inscrit. Toutes les études présentées ici indiquent combien il est important de prendre en compte les aspects socioculturels et comportementaux de la santé des populations pour parvenir à un contrôle durable du paludisme. Autrement dit, le paludisme ne peut être considéré comme un problème de santé identique partout dans le monde, auquel il est possible de répondre par une stratégie unique et globale. En ce sens, il apparaît nécessaire que l'élaboration et la planification des programmes de lutte contre le paludisme intègrent véritablement une approche socioculturelle, sans que cela ne s'apparente à un sacrifice obligé aux sciences sociales pour mettre en oeuvre ce que les professionnels de santé publique perçoivent comme la solution providentielle.

Le faible degré d'assimilation des messages sanitaires et le décalage entre les connaissances, les perceptions et les pratiques ne peuvent nous surprendre que si nous considérons une relation linéaire et unidirectionnelle entre ces éléments. Pour le paludisme, comme pour bien d'autres maladies, le recours aux soins est un comportement social, qui répond à des logiques autant médicales que socioculturelles et économiques. Autrement dit, le manque de connaissances n'est pas la seule et véritable contrainte à un traitement rapide et efficace du paludisme ; la pauvreté, la qualité des médicaments et des services de santé, les modes familiaux de gestion de la santé sont autant de réalités qu'il faut prendre en compte au moment de sensibiliser les communautés. Les programmes de lutte contre le paludisme visant à changer les pratiques par la promotion de l'éducation pour la santé ont rencontré des succès limités. Les messages sanitaires ne peuvent être de simples recommandations standardisées et décontextualisées : pour être reconnus et compris par les populations, ils doivent être reliés aux savoirs, aux concepts et aux modes de vie locaux.

Finalement, au moment où la lutte contre le paludisme se redéfinit, les apports multidisciplinaires des ces six études sur les comportements sanitaires dans la zone de Niakhar éclairent les écueils des nouvelles stratégies. L'innovation (pharmaceutique ou médicale) ne suffit pas à combattre le paludisme, si dans le même temps, la santé publique ne comprend pas et n'intègre pas les ressorts de son adoption par les populations. De même, si certains programmes peuvent réduire la transmission du paludisme, cet effet ne peut être conservé sans un accompagnement des interventions par un système de santé efficient et par une communauté responsabilisée.

Références bibliographiques

ABOSEDE O., 1984, « Self-medication: an important aspect of primary health care »
Social Science and Medicine, vol. 19, n° 7, pp. 699-703.

- AGYEPONG I., MANDERSON L., 1994, « The diagnosis and management of fever at household level in the Greater Accra Region, Ghana », *Acta Tropica*, vol. 58, pp. 317-330.
- BAUME C., HELITZER-ALLEN D., KACHUR P., 2000, « Patterns of care for childhood malaria in Zambia », *Social Science and Medicine*, vol. 51, pp. 1491-1503.
- BONNET D., 1991, « Désordres psychiques, étiologies moose et changement social », *Psychopathologie africaine*, vol. 22, n° 3, pp. 293-324.
- BONNET D., 1999, « Les différents registres interprétatifs de la maladie de l'oiseau », in JAFFRÉ Y. et OLIVIER DE SARDAN J.-P. (éd.), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, PUF, Paris, pp. 305-320.
- BONNET D., DEBOUVERIE M., DUBOZ P., VAUGELADE J., 1990, *Approche anthropologique de la morbidité par paludisme*, ORSTOM, Ouagadougou.
- DE MARTIN S., VON SEIDLEIN L., DEEN J. L., PINDER M., WALRAVEN G., GREENWOOD B.G., 2001. « Community perceptions of a mass administration of an antimalaria drug combination in The Gambia ». *Tropical Medicine and International Health*, 6, pp. 442-448.
- DELAUNAY V. (sous la coord. de), 1998. La situation démographique et épidémiologique dans la zone de Niakhar au Sénégal – 1984-1996, Orstom, Dakar, 132 p.
- DELAUNAY V., MARRA A., LÉVI P., ETARD J.F., 2003. « SSD de Niakhar », in INDEPTH Network. *Population et Santé dans les pays en développement Vol 1. Population, santé et survie dans les sites du réseau Indepth*, pp.313-321.
- DIONE D., 1999. *Recours aux soins des enfants dans la zone de Niakhar : Analyse à partir des autopsie verbales*, thèse de médecine, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 69 p. + annexes.
- DULHUNTY J. M., YOHANNES K., KOURLEOUTOC C., MANUOPANGAI V. T., POLYN M. K., PARKS W. J., BRYAN J. H., 2000, « Malaria Control in central malaita, Solomon Islands Local perceptions of the disease and practices for its treatment and prevention », *Acta Tropica*, vol. 75, pp. 185-196.
- ETARD, J. F., LE HESRAN J. Y., DIALLO A., DIALLO J. P., NDIAYE J. L., DELAUNAY V., 2004, Childhood mortality and probable causes of death using verbal autopsy in Niakhar, Senegal, 1989-2000, *International Journal of Epidemiology*, vol. 33, n° 6, pp. 2593 et suivantes.
- FASSIN D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, PUF, Paris, 359 p.
- FAYE S., 2000, Modes de représentations du paludisme chez l'enfant et recours aux soins en milieu rural sereer : Niakhar, Fatick (Sénégal), DEA d'Anthropologie, Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, 82 p.

- FAYE S., LALOU R., ADJAMAGBO A., 2003, « Soigner les enfants à domicile en cas de fièvre en milieu rural sénégalais : une réponse à la pauvreté ? », communication présentée à la 4^e Conférence africaine sur la population, 8-12 décembre, Tunisie, 17 p.
- FOSTER C., 1995, Treatment of malaria outside the formal health services, *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 98 : 29-34.
- FRANCKEL A., 1999, *Recours aux soins en milieu rural Sénégalais*, DEA de socio-démographie, Université de Paris X Nanterre, 156 p.
- FRANCKEL A., 2004, *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal : le cas des enfants fébriles à Niakhar*, thèse doctorale de socio-démographie, Université de Paris X — Nanterre, 32 p. + annexes.
- GOLDMAN N. ET HEUVELINE P., 2000, « Health-seeking behaviour for child illness in Guatemala », *Tropical and International Health*, vol. 5, n° 2, pp. 153-161.
- JAFFRÉ Y. ET DE SARDAN O. (éd.), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Karthala, Paris, 462 p.
- LE HESRAN J.Y., DELAUNAY V., 2002. « Therapeutic patterns among children with fever in rural Senegal », Cambridge, MA, Harvard Center for population and development studies, Working paper series, vol 12, n° 8.
- MAKEMBA A. M., WINCH P.H., MAKAME V.M., MEHL G.L., PREMJI Z., MINJAS J.N., SHIFF C., 1996, « Treatment practices for dege-dege, a locally recognized febrile illness and implications for strategies to decrease mortality from severe malaria in Bagamoyo district, Tanzania », *Tropical medicine and International health*, vol. 1, n° 3, pp. 305-313.
- MCCOMBIE S., 1996, « Treatment seeking for malaria : A review of recent research », *Social Science and Medicine*, vol. 43, pp. 933-945.
- MCCOMBIE S., 2002, « Self-treatment for malaria : The evidence and methodological issues », *Health Policy and Planning*, vol. 17, n° 4, pp. 333-344.
- MURRAY C.J.L., LOPEZ A.D., 1997, « Mortality by cause for eight regions of the world : Global burden of disease study », *Lancet*, vol. 349, pp. 1269-1276.
- MWENESI H.A., 1993, « Mothers definition and treatment of childhood malaria on the kenyan coast », Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, WHO, Geneva, Social and Economic Project Reports, n° 13.
- MWENESI H., HARPAM T., SNOW R.W., 1995, « Child Malaria Treatment practices among mothers in Kenya », *Social Science and Medicine*, vol. 40, n° 9, pp. 1271-1277.
- NDIAYE M., 1996, *L'éthique cedito et la société d'accaparement ou les conduites culturelles des Sénégalais d'aujourd'hui*, tome 1 : *Le Goorgi* : type moyen de la société

sénégalaise urbaine post-indépendance, Presses Universitaires de Dakar, Dakar, 443 pages.

- NJETO T., MANDEZ F., CARRASQUILLA G., 1999, « Knowledge, beliefs and practices relevant for malaria control in an endemic urban area of the Colombian Pacific », *Social Science and medicine*, vol. 49, pp. 601-609.
- NUWAHA, F., 2001, « The challenge of chloroquine-resistant malaria in sub-Saharan Africa », *Health Policy and Planning*, vol. 16, n° 1, pp. 1-12.
- OMS, 1998, Roll Back Malaria Project: Resources Support Network for Prevention and Control of Malaria Epidemics, CDS/RBM/RSN/EPI/98.
- PNLP, 2001, « Directives du Programme national de lutte contre le paludisme », ministère de la Santé, département des grandes endémies, Dakar, Sénégal.
- PNLP 2003, « Nouvelles directives du Programme national de lutte contre le paludisme », programme national de lutte contre le paludisme, ministère de la Santé, département des grandes endémies, Dakar, Sénégal.
- ROBERT V., LOCHOUARN L., TRAORÉ S. F., TRAPE J.F., SIMONDON F., FONTENILLE D., 1998, « La transmission du paludisme dans la zone de Niakhar, Sénégal », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, pp. 667-677.
- ROSALINF G. N., NORMAN, S. EW BANK D., KARAMAGI C., 1997, « Maternal diagnosis and treatment of children's fever in an endemic malaria zone of Uganda : implications for the malaria control programme », *Acta Tropica*, vol. 68, pp. 53-64.
- RUEBUSH T.K, KERN M.K., CAMPBELL C.C., OLOO A.J., 1995, « Self-treatment of malaria in a rural area of western Kenya », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 73, pp. 239-36.
- SNOW R. W., CRAIG M., DEICHMANN U., MARSH K., 2000, « Évaluation de la mortalité, de la morbidité et des incapacités dues au paludisme dans les populations africaines, femmes enceintes exceptées », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, n° 2, pp. 64-80.
- SNOW R.W., TRAPE J.F., MARSH K., 2001, « The past, present and future of childhood malaria mortality in Africa », *Trends in parasitology*, vol. 17, n° 12, pp. 593-597.
- THERA M. A., D'ALESSANDRO U., THIERO M., OUEDRAOGO A., PACKOU J., SOULEYMANE O. A., 2000, « Child malaria treatment practices among mothers in the district of Yanfolila, Sikasso Region, Mali », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 5, pp. 876-81.
- Trape J. F., Pison G., Préziosi M. P., Enel C., Desgrées du Loû A., Delaunay V., Samb B., Lagarde E., Molez J. F., Simondon F., 1998. « Impact of chloroquine resistance on malaria mortality », *C.R. Acad. Sci. Paris*, vol. 321, pp. 689-697.

- TROY A., 1996. Solidarités féminines et construction du genre féminin chez les Sereer du Sénégal, Maîtrise d'ethnologie à Paris X — Nanterre, 289 p.
- WAÏTZENEGGER F, 2002. *Femmes entre ville et campagne : influences et contraintes aux changements sanitaires (Niakhar, Sénégal)*, thèse de Doctorat, Département de Démographie, Université de Montréal, 133 pages + annexes.
- WILLIAMS H.A., JONES C.O.H., 2004, « A critical review of behavioural issues related to malaria control in sub-Saharan Africa: What contributions have social scientists made ? », *Social Science and Medicine*, vol. 59, n° 3, pp. 501-523.

Franckel A., Lalou Richard, Delaunay Valérie, Adjamagbo Agnès, Faye S., Waïtzenegger F., Le Hesran Jean-Yves.

Paludisme chez l'enfant et recours aux soins en milieu rural sénégalais : approches croisées.

In : Adjamagbo Agnès (dir.), Msellati Philippe (dir.), Vimard Patrice (dir.). Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements. Louvain-la-Neuve (BEL), Marseille : Academia Bruylant, LPED, 2007, p. 267-297.

ISBN 978-2-87209-832-3