

UNIVERSITE PARIS X – NANTERRE
Ecole doctorale Economie, Organisation et Société
Centre de Recherche Populations et Sociétés - CERPOS

THESE DE DOCTORAT

Démographie

Présentée par

Aurélien FRANCKEL

LES COMPORTEMENTS DE RECOURS AUX SOINS EN
MILIEU RURAL AU SENEGAL :
le cas des enfants fébriles à Niakhar

Thèse dirigée par Maria E. COSIO-ZAVALA

Soutenue le 04 Décembre 2004

LISTE DES ABREVIATIONS

IRD : Institut de recherche pour le Développement

IFAN : Institut Fondamental d'Afrique Noire.

SAD1 : Soins à domicile en première instance

SAD2 : Soins à domicile en seconde instance

RE1 : recours externe en première instance

RE2 : Recours externe en seconde instance

Meds : médicaments en soins à domicile

Mas : Massages en soins à domicile

Alsp : Aliments spéciaux en soins à domicile

Env fr : Enveloppement frais en soins à domicile

Inc : Incantations

Bio : biomédical

Trad : traditionnel

N ou n : Effectifs

% : Pour cent

‰ : Pour mille

σ : Ecart-type

p : significativité des associations (chi² de Pearson)

t: test de comparaison de moyennes de Student

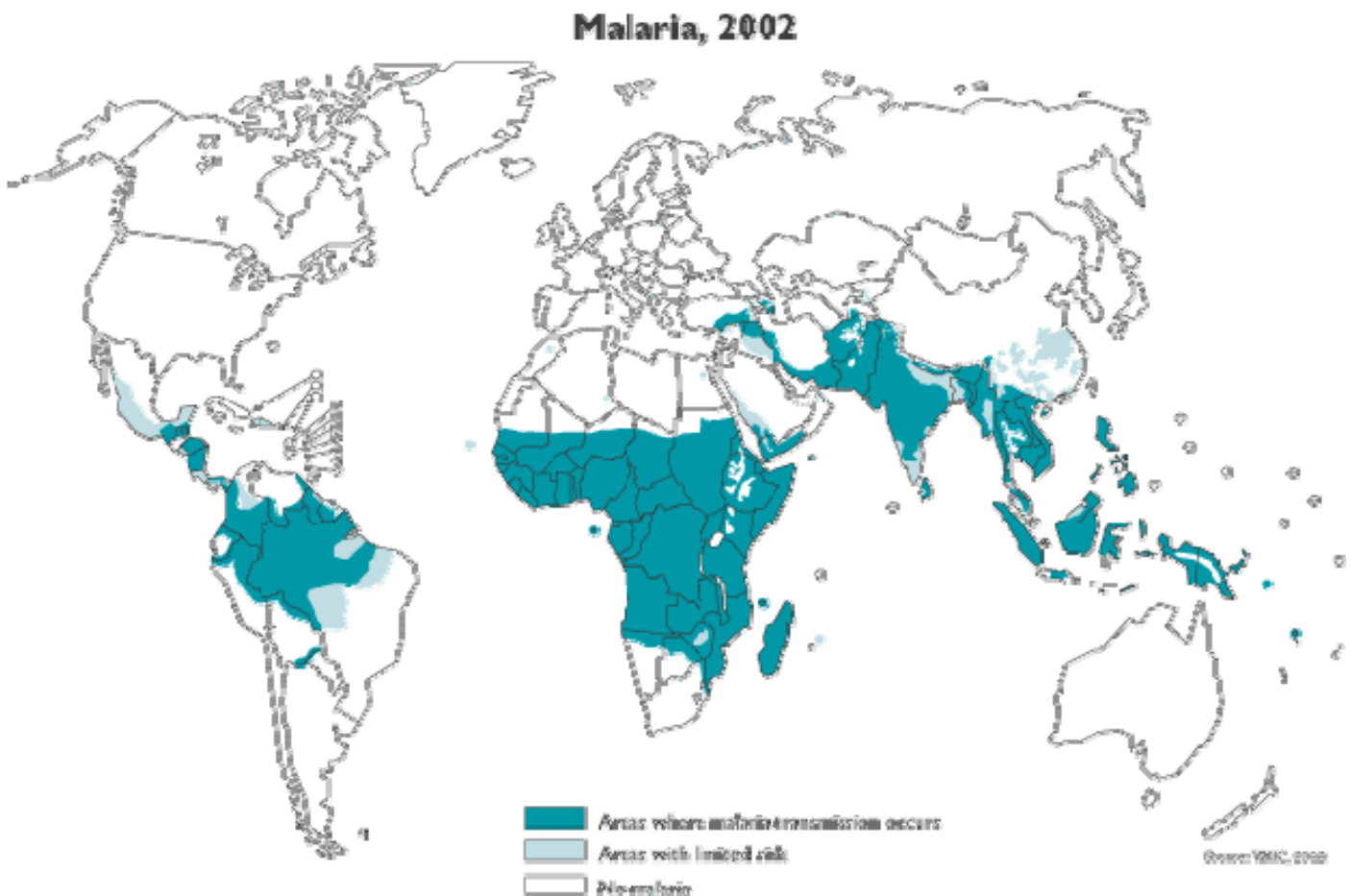
IC : Intervalle de confiance à 95 %

OR : Odd Ratio

Chapitre 1 - Introduction

Le paludisme, également appelé malaria, est une grave maladie infectieuse sévissant dans plus de 100 pays, où vivent près de 40 % de la population mondiale (figure 1-1). Il est responsable chaque année de 300 à 500 millions d'épisodes fébriles qui provoquent, selon les estimations, de 1 à 3 millions de décès¹ (World Health Report, 2003 ; RBM, 2002 ; Nuwaha, 2001 ; Snow et al., 2000 ; Murray et al., 1997).

Figure 1- 1 : Répartition des zones d'activité palustre (Source : WHO, 2002)



Pour des raisons épidémiologiques, mais également sanitaires et sociales, c'est en Afrique que le paludisme a les conséquences les plus importantes : la mortalité palustre touche, dans plus

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.

de 80 % des cas, des enfants âgés de moins de cinq ans vivant en Afrique sub-saharienne (figure annexe 1.1).

Si les enfants paient le plus lourd tribut au paludisme, les adultes sont également confrontés au quotidien à cette maladie invalidante et cause de multiples séquelles. Dans de nombreux pays africains, le paludisme est responsable du tiers des consultations en structure sanitaire et de la moitié des admissions hospitalières (figure annexe 1.2) (WHO, 2002). Le paludisme a en outre de multiples conséquences sociales et économiques : son coût annuel global, près de 12 milliards de dollars représentent près de 1,3 % du PIB du continent et constitue une véritable entrave au développement économique (WHO, 2000 ; Sachs et al., 2002 ; OMS, 1998b).

En Afrique sub-saharienne, le paludisme constitue depuis toujours l'une des premières causes de morbidité et de mortalité dans l'enfance. Au cours des dernières décennies, dans un contexte de baisse de la mortalité dans l'enfance –recul d'environ 30 % entre 1960 et 1990-, la part de la mortalité attribuée au paludisme dans la mortalité infanto juvénile a augmenté : elle est passée de 12 % dans les années 1970 à près de 30 % dans les années 1990 (figure annexe 1.3) (Snow et al., 2001; WHR, 2003 ; Trape et al., 1998a ; Trape et al., 1998b). L'évolution épidémiologique du paludisme au cours des dernières années en fait l'objet d'une préoccupation majeure : il menace de devenir en Afrique sub-saharienne « une maladie qui tue non pas des centaines de personnes chaque jour, mais des milliers » (Snow et al., 2000, p.77). La hausse de la mortalité palustre a été principalement expliquée par l'allongement des périodes de transmission et le développement de chimiorésistances des parasites aux principaux antipaludiques (OMS, 1994 ; Trape, 1998). En l'absence de perspectives de développer à court ou à moyen terme des solutions éradiquant la maladie ou protégeant les populations de l'infection², les principaux moyens de lutte contre le paludisme sont associés aux traitements curatifs (Snow et al., 2001 ; Moree et al., 2004 ; Raghunath, 2004 ; Webster et al., 2004). Confrontées aux transitions épidémiologiques du paludisme, les autorités sanitaires nationales et internationales doivent s'adapter en élaborant régulièrement de nouveaux protocoles thérapeutiques, à la fois efficaces contre les parasites et conformes aux besoins des populations.

Au regard du problème de santé publique posé par le paludisme, l'étude des comportements de recours aux soins en cas d'épisode fébrile chez l'enfant au Sénégal revêt un double intérêt.

² La littérature indique au mieux l'horizon 2010 pour le développement à grande échelle d'un vaccin anti-palustre

D'une part, l'étude des comportements de recours aux soins représente un formidable défi scientifique, lié à l'investigation de dimensions encore peu explorées par les sciences sociales.

D'autre part, l'étude des comportements de recours aux soins constitue une source de connaissance nécessaire à l'élaboration des futures stratégies de lutte contre le paludisme : les conditions de diffusion et d'utilisation des médicaments étant au cœur des mécanismes associés au développement des chimiorésistances, la promotion de moyens de lutte contre le paludisme efficaces et pérennes implique, pour une région donnée, des connaissances pratiques sur les normes de représentation du paludisme, les habitudes thérapeutiques, l'organisation sociale de la prise en charge de la maladie et les déterminants des pratiques thérapeutiques.

Afin de définir un cadre de recherche pour l'étude des comportements de recours aux soins face au paludisme en milieu rural au Sénégal, nous avons organisé notre réflexion en trois temps. Dans un premier temps, nous nous sommes appuyés sur la littérature pour présenter le cadre général de pratiques thérapeutiques en Afrique sub-saharienne, en décrivant de manière synthétique les principales caractéristiques de l'offre de soins ainsi que les systèmes de représentation et de traitement de la maladie. Dans un second temps, nous avons procédé à une lecture critique des principales approches pour l'étude des comportements de recours aux soins afin de proposer, dans un troisième temps, un cadre de recherche original, élaboré autour d'objectifs et d'hypothèses spécifiques.

1.1 Etat des connaissances

L'étude des comportements de recours aux soins s'articule autour de deux notions complexes : la notion de maladie et la notion de soins. Cette courte présentation des caractéristiques de l'offre de soins et des pratiques thérapeutiques vise à en définir les principales dimensions dans un contexte rural d'Afrique de l'Ouest.

1.1.1 Caractéristiques de l'offre thérapeutique

A la fois phénomène médical, social et économique, la notion de maladie couvre de multiples dimensions. Pour en rendre compte, Fabrega distingue les notions d'*Illness*, de *disease* et de *Sickness*, respectivement entendues comme l'expérience subjective de quelque chose

d'anormal, l'expression d'un état d'altération biophysique objectif et la dimension socioculturelle de la maladie (Fabrega, 1977).

En Afrique de l'Ouest, plusieurs systèmes thérapeutiques coexistent. Issus des diverses influences culturelles et religieuses ayant marqué l'histoire de l'Afrique de l'Ouest, ils apportent des réponses différentes aux multiples dimensions de la maladie, à travers des logiques curatives spécifiques et des champs d'intervention variables. Pour classifier les différents modèles d'explication et de traitement de la maladie, Kleinmann distingue trois secteurs non disjoints de prise en charge thérapeutique : le populaire, le traditionnel et le professionnel (Kleinmann, cité dans Coppo, 1992). Les différentes filières thérapeutiques sont cependant le plus souvent appréhendées à travers une classification dichotomique : la médecine biomédicale est opposée aux médecines traditionnelles, auxquelles sont rattachées à la fois les pratiques animistes et issues des religions monothéistes.

La médecine biomédicale se fonde sur un paradigme empirique de nature scientifique : son savoir repose sur des connaissances anatomiques et physiologiques reliant les symptômes aux traitements. Emancipée des dimensions religieuses et régie par un code éthique spécifique, l'activité de la médecine scientifique se limite à la dimension biologique ; elle est impersonnelle et ne vise pas à prendre en charge les aspects sociaux et culturels de la maladie (Benoist, 1996). La pratique biomédicale repose sur un diagnostic, établi sur la base de l'examen d'une série de signes cliniques pouvant être confirmé par des examens biologiques. En Afrique sub-saharienne, le système biomédical bénéficie d'une légitimité institutionnelle et d'un prestige important attaché aux conditions de son introduction. Cependant, en milieu rural, la pratique médicale reste ancrée dans une réalité bien spécifique, celle de postes de santé caractérisés par le manque de moyens et de personnel qualifié ; les actes médicaux sont le plus souvent assurés par des infirmiers diplômés d'état, dans le cadre de relations soignants/soignés difficiles (PNLP, 2001 ; Jaffré, 2001). En matière de traitement du paludisme, les protocoles sont principalement allopathiques, complétés par des injections intra- musculaires avec complications.

Le terme consacré pour désigner l'univers thérapeutique non occidental, la médecine traditionnelle, regroupe une diversité de pratiques n'appartenant pas à un champ conceptuel uni. Il nous apparaît donc plus approprié de parler de médecines traditionnelles, partageant

une même approche de la maladie, mais différenciées par des systèmes de représentations, des sources de savoirs et des techniques thérapeutiques hétérogènes.

A la différence de la médecine biomédicale, les médecines traditionnelles ne traitent pas exclusivement de la dimension biologique de la maladie : elles prennent également en charge sa dimension sociale (Augé, 1984 ; Zempléni, 1985 ; Bonnet, 1991). Les médecines traditionnelles investissent des champs complètement extérieurs à la maladie et pénètrent le domaine plus général du malheur et de l'infortune : les institutions prenant en charge la maladie sont à la fois religieuses, politiques et thérapeutiques (Fassin, 1992 ; Dores, 1981).

La pratique des thérapeutes traditionnels s'inscrit toujours dans un environnement culturel spécifique et se fonde sur une connaissance directe du contexte social : la maladie est replacée dans le cadre d'événements passés, d'histoires familiales non résolues, de transgression de règles ou d'interdits sociaux, de manquements aux coutumes (Lovell, 1995). L'activité des thérapeutes traditionnels, faisant interagir des variables biophysiques et symboliques, psychologiques et sociales, consiste à relier les manifestations organiques de la maladie, cause de souffrance physique, à leur expression sociale. Les formes des traitements sont variées et dépendent de la nature de la maladie, de la spécialité du thérapeute et des ressources du milieu : la prise en charge du paludisme peut s'appuyer sur des incantations avec paroles magiques, des amulettes porteuses d'inscriptions magiques, des massages, des potions ou des lavements élaborés à partir des ressources de la pharmacopée. Les secrets thérapeutiques sont toujours secrètement gardés : dans la mesure où il est communément admis que « chaque arbre possède ses génies, ses remèdes et ses sorts », la connaissance précise des vertus de la pharmacopée, ses modalités de récolte, de préparation et d'administration reste secrètement gardée (Gessain, 1979). Le savoir du thérapeute peut être inné, révélé ou acquis, mais il est le plus souvent spécialisé pour quelques affections particulières. La nature de la pratique thérapeutique varie également en fonction de facteurs sociologiques : « plus le pouvoir politico-religieux est grand, et plus l'activité de guérisseur passe par la parole (bénédictions) et la transcendance (incantations) ; plus au contraire il est faible, et plus l'action de soigner s'appuie sur l'objet (amulettes) et la substance » (Fassin, 1992, p.77).

Les religions monothéistes, définies comme des systèmes institutionnalisés de croyances, de symboles et de valeurs, proposent un cadre complet d'explication et de prise en charge de la maladie. La population d'Afrique de l'Ouest a historiquement été soumise à l'influence de deux religions monothéistes : l'Islam et le Christianisme. L'offre de soin chrétienne repose

principalement sur des dispensaires privés tenus par des sœurs. La pratique des centres de santé privés chrétiens se rapproche de la médecine biomédicale, même si la formation du personnel reste le plus souvent limitée.

Palliant en partie les déficiences des services publics, les dispensaires chrétiens sont le plus souvent reconnus au niveau étatique et jouissent de meilleures conditions de fonctionnement : ils disposent de plus de ressources en matière de médicaments et de matériels, offerts à des coûts moyens inférieurs, ce qui tend à leur assurer une affluence supérieure à celle des centres de santé publics (Fassin, 1992 ; Berche, 1986). L'islam propose un cadre interprétatif de la maladie et de nombreuses modalités de traitement, dans un cadre de pratique relativement proche de celui des thérapies africaines traditionnelles : sa pratique n'entraîne pas « de grands bouleversements dans la pharmacopée et les médecines traditionnelles » (Akoto, 1993, p.105). Le savoir des thérapeutes musulmans repose fondamentalement sur les enseignements de l'islam, qui permet la maîtrise de formules permettant de soigner et de protéger, le plus souvent à partir d'amulettes.

La coexistence en une même unité de lieu et de temps de plusieurs types de médecines appartenant à des univers profondément différents a entraîné l'apparition de syncrétismes, mélangeant par la forme ou le contenu plusieurs registres médicaux. Historiquement, les populations ont démontré une grande capacité à assimiler les apports issus de différents horizons par l'ajout cumulatif de « savoirs acquis par la tradition, l'enseignement coranique, les émissions radiophoniques, l'éducation sanitaire, etc » (Bonnet, 1990, p. 255). Cependant, l'interpénétration des systèmes médicaux ne renvoie pas tant à une synthèse des croyances qu'à des réajustements constants dans la pratique thérapeutique. En effet, la médecine biomédicale, qui ne propose pas à proprement parler de modèle explicatif remettant en cause les systèmes de croyances traditionnelles, n'a pas modifié les systèmes de représentation de la maladie: elle s'est davantage ajoutée aux divers recours thérapeutiques traditionnels qu'elle ne leur a fait véritablement concurrence (Dozon, 1986 ; Fassin, 1992). Dans ce cadre, le savoir des guérisseurs n'est pas stabilisé et fait l'objet de perpétuelles négociations, avec une tendance des médecines traditionnelles à se réapproprier les innovations extérieures, sur la base de leur efficacité reconnue ou de leur intérêt social et économique. Ainsi, au constat de son efficacité, la vaccination a été considérée comme un nouveau pouvoir protecteur, à l'instar des « protecteurs » traditionnels (amulettes) (Cantrelle et al., 1990) ; certains thérapeutes ont associé à leur technique divinatoire traditionnelle un traitement par versets coraniques ou/et par plantes ou/et par médicaments ; des agents de santé biomédicaux

complètent la prescription de comprimés par l'usage de la pharmacopée traditionnelle (Jaffré et al., 1999).

1.1.2 Caractéristiques des pratiques thérapeutiques

Pour rendre compte de la coexistence d'une gamme d'alternatives thérapeutiques articulées autour de plusieurs systèmes non exclusifs d'interprétation et d'explication de la maladie, les études portant sur les comportements de recours aux soins en Afrique sub-saharienne ont mis en avant la notion de pluralisme thérapeutique. Cette notion renvoie également aux multiples stratégies mises en œuvre par la population pour exploiter au mieux l'intégralité de l'éventail thérapeutique disponible.

En Afrique comme ailleurs, les choix thérapeutiques dépendent en premier lieu de la perception de la maladie : « les codes de comportements face à la maladie seront directement déterminés par la reconnaissance et la classification des symptômes » (Barbiéri, 1991, p.23). Les groupes ethniques d'Afrique de l'Ouest possèdent des systèmes étiologiques spécifiques, appuyés sur des critères variables pour la reconnaissance, la dénomination et la classification des symptômes (Herzlich, 1969). Les populations partagent cependant une conception distinguant les maladies d'origine naturelle et les maladies d'origine sacrée, c'est-à-dire impliquant une dimension sociale ou divine (Hielscher et al., 1985). Les maladies relevant du registre naturel sont généralement associées à un déséquilibre entre l'individu et son environnement physique : l'exposition au vent, au chaud, au froid ou la consommation d'aliments non indiqués. Les maladies surnaturelles et divines sont provoquées par la sanction d'un esprit ou de Dieu, mécontent d'un manquement aux coutumes ou aux règles de vie ; les maladies inscrites dans une dimension sociale sont provoquées par une tierce personne, à travers un pouvoir de sorcellerie.

La revue de la littérature souligne la diversité des interprétations du lien entre les fièvres, les convulsions et les moustiques. Dans la majeure partie des populations d'Afrique subsaharienne, il existe au moins un terme nosologique désignant une affection proche du paludisme biomédical. Le plus souvent, les symptômes médicalement associés au paludisme simple sont considérés comme l'expression de maladies naturelles et à l'inverse, les

symptômes des accès palustres perniciose, et en particulier les convulsions ou le coma, sont perçus comme l'expression de maladies d'origine surnaturelle (Molyneux et al., 2002).

La littérature propose plusieurs schémas ouverts articulant l'interprétation de la maladie et le cheminement thérapeutique (Fainzang, 1986 ; Willems et al., 1999 ; Lovell, 1995). Les centres de santé sont généralement considérés comme efficaces pour traiter des maladies naturelles et passagères, mais inopérants sur des maladies provoquées par Dieu, les esprits ou la sorcellerie : « les maladies classées comme naturelles pourront être soignées au dispensaire, mais les maladies « provoquées » relèveront avant tout de traitements magiques associés parfois à des plantes médicinales » (Locoh et al., 1995, p.17). Cependant, les stratégies thérapeutiques ne sont pas exclusivement construites à partir des catégories générées par les systèmes nosologiques. Dans une logique pragmatique visant à maximiser les chances de guérison, les populations n'hésitent pas à associer un soin biomédical et un soin traditionnel : il est très fréquent que l'itinéraire thérapeutique ne soit pas linéaire et appelle l'utilisation de plusieurs types de soins, lors de recours successifs ou concomitants (Ryan, 1998). Le recours à plusieurs filières thérapeutiques peut être lié à l'évolution dans le temps de la maladie (Goldman et al., 2000) mais également ressortir de la coexistence de plusieurs objectifs : dans la double volonté de guérir le corps malade et d'expliquer l'origine du trouble exprimé par la maladie, la recherche auprès d'un thérapeute traditionnel d'une explication et d'une protection magique pour une maladie « n'exclut pas que d'autres instances soient sollicitées pour en soigner les manifestations cliniques » (Adjamagbo et al., 1999).

Dans ce cadre de prise en charge de la maladie où la majorité des itinéraires thérapeutiques associe plusieurs soins différents, la littérature suggère l'existence d'une hiérarchisation chronologique des soins : « la population semble suivre des modèles de prise en charge prédéfinis où certains traitements sont utilisés en première instance et d'autres ultérieurement » (Ryan, 1998, p.222)³. De manière idéale typique, les soins à domicile constituent une première réponse à la maladie (Amat, 1986 ; Ryan, 1998 ; Caldwell et al., 1990) : la prise en charge à domicile de la maladie apparaît comme très fréquente et préalable à la consultation de spécialistes, biomédicaux ou traditionnels.

³ Traduction de l'auteur : « people may be following predefined scripts or patterns where certain treatment modalities appear first and others last »

1.2 Approches et modèles

Les pratiques sanitaires offrent aux sciences sociales et médicales de vastes champs d'investigation. La maladie, définie à la fois comme un fait médical, une réalité sociale, un événement culturel et un enjeu économique, couvre de multiples dimensions constituant autant d'objets de recherche différents. L'étude des comportements de recours aux soins soulève une pluralité de questionnements que l'anthropologie, l'épidémiologie, la socio-démographie, l'économie et la géographie abordent selon leur perspective propre, définie par les découpages disciplinaires institutionnels.

Historiquement, la recherche anthropologique s'est en premier lieu intéressée à la santé comme espace de production de faits sociaux, culturels et politiques. Dans cette perspective, l'étude des systèmes de dénomination et de classification de la maladie a pour objectif de décrypter le sens symbolique des pratiques thérapeutiques, afin de mettre à jour ce qui ressort de logiques sociales et culturelles (Fassin, 1992 ; Augé, 1986). L'approche anthropologique étudie également les conditions de la pratique médicale et ses enjeux, notamment au niveau des relations entre les malades et le personnel soignant (Freidon, 1984 ; Jaffré, 2001). Les recherches en matière d'économie de la santé s'intéressent au comportement sanitaire en tant qu'action économique : elles sont centrées sur la rationalité des choix thérapeutiques et sur l'incidence des caractéristiques de l'offre thérapeutique (Traoré, 2002). La géographie de la santé étudie l'impact des caractéristiques du milieu d'habitat sur les comportements thérapeutiques, notamment au regard de l'implantation des structures et des distances parcourues ou à parcourir (Vigneron, 1995 ; Jeanne, 1986 ; Brillet, 1995). L'épidémiologie environnementale s'intéresse classiquement aux facteurs liés à la fréquence et à la distribution de la morbidité et de la mortalité (Drulhe, 1996 ; Goldberg, 1982). Le champ d'étude de l'épidémiologie englobe celui des causes de la maladie et des pratiques thérapeutiques comme expression des conditions de l'utilisation de l'offre de soins biomédicale (Adam, 1994).

Les premières études socio démographiques portant sur le champ de santé ont été influencées par les problématiques épidémiologiques de la mortalité (Assogba et al., 1991). Lentement, l'analyse socio démographique a glissé sur l'étude des déterminants sociaux, culturels et économiques des choix et des pratiques thérapeutiques, pour décrire « la manière dont les personnes se comportent dans le rôle de malade et font des choix concernant l'utilisation ou la non utilisation des différents types de soins thérapeutiques » (Kroeger, 1983, p.147)⁴.

En modélisant les multiples approches pour l'étude des comportements de recours aux soins, Fournier et Haddad distinguent quatre principales thématiques : l'étude des caractéristiques de l'offre thérapeutique ; l'étude des perceptions de la maladie ; l'étude des mécanismes décisionnels aboutissant au recours thérapeutique ; l'étude des déterminants des pratiques thérapeutiques (Fournier et al., 1995). Face à la pluralité des objets d'étude se rapportant au champ des comportements de recours aux soins, nous proposons, pour notre part, de distinguer en amont deux grands types d'approche conceptuelle. La première approche s'inscrit dans une réflexion déterministe, où les pratiques thérapeutiques sont mises en relation avec des variables prédictives caractérisant l'individu ou son groupe du point de vue social, culturel, économique, etc. La seconde approche est centrée sur l'acteur : au-delà des déterminations sociales, la réflexion se situe au niveau du choix de l'acteur et des étapes qui l'amènent à la prise de décision dans un environnement contraignant et incertain.

1.2.1 L'approche déterministe

Les principes fondateurs de la réflexion sociologique posent l'idée d'une détermination sociale des comportements : ainsi, pour Emile Durkheim, l'action sociale consiste « en des manières d'agir, de penser et de sentir, extérieures à l'individu, et qui sont douées d'un pouvoir de coercition en vertu duquel ils s'imposent à lui » (Durkheim, 1904, p.8). Les valeurs, les coutumes et les normes sociales apparaissent comme des moteurs de l'action thérapeutique ; intégrées sous forme de structures structurantes de la pensée (Bourdieu, 1970), elles servent de guide définissant le cadre des comportements : « la majeure partie des comportements sont habituels, prévisibles, attendus et répétés » (Pescolido, 1992, p.1106)⁵.

⁴ Traduction de l'auteur : « how people enter the sick role and make choices regarding the use or non-use of different kinds of health services »

⁵ Traduction de l'auteur : « much human behaviour is habitual, predictable, expected, taken-for-granted, and recurrent »

De nombreuses études socio démographiques inscrites dans cette conception déterministe de l'action cherchent à expliquer, à partir de données agrégées ou individuelles, les comportements de recours aux soins sur la base de corrélations statistiques les liant avec une multiplicité de variables explicatives. Ces études s'inspirent fortement de la logique analytique des recherches sur les facteurs de la mortalité, et notamment des modélisations décomposant le processus conduisant à la mort en différentes étapes auxquelles correspondent plusieurs groupes de déterminants. Parmi ces modèles, les plus marquant sont sans doute celui de Mosley et Chen, qui dissocie les déterminants proches agissant directement sur les chances de survie et les variables exogènes, médiatisées par les déterminants proches (Mosley et Chen, 1984a et 1984b ; Barbiéri, 1991) et celui proposé par Garenne et Cantrelle, qui distingue les variables discriminantes, indépendantes (macro déterminants), intermédiaires (connaissances, attitudes et comportements en matière de santé), déterminantes et dépendantes (Garenne et al., 1984).

Plusieurs auteurs ont spécifiquement étudié les déterminants des pratiques thérapeutiques dans les pays en voie de développement. Dans les années 1970, Andersen propose un modèle organisant et hiérarchisant les facteurs explicatifs des déterminants des pratiques thérapeutiques en quatre catégories : les facteurs prédisposant (attitudes et connaissances de santé), les facteurs facilitant (revenus, niveau socioéconomique, taille de la famille, instruction), l'état de santé et l'utilisation des services de santé (disponibilité et accessibilité) (Andersen et al., 1972). Dans la même perspective, Kroeger élabore un modèle visant à englober l'ensemble des déterminants, proches ou non, des pratiques thérapeutiques (Kroeger, 1983). Il classe les déterminants en trois catégories majeures : les caractéristiques individuelles, les caractéristiques de la maladie et les caractéristiques du système de soins (figure annexe 1.4). Les caractéristiques individuelles, agissant comme facteurs prédisposant, regroupent des facteurs socio démographiques, économiques et socio psychologiques. Les caractéristiques de la maladie et du cadre étiologique dépendent de la sévérité, de la durée et de l'interprétation de l'origine du mal. Les caractéristiques du système de soins décrivent la diversité de l'offre, son accessibilité spatiale et financière, sa qualité et son efficacité. Ce modèle, l'un des plus aboutis et des plus complets, présente avec un souci d'exhaustivité les multiples déterminants des comportements thérapeutiques, même si, pour Vallin, il est « inutile de chercher à en dresser une liste exhaustive ; chacun sait qu'elle est longue mais personne ne pourrait être sûr de rencontrer un consensus en en fixant les limites » (Vallin, 1989, p.399).

1.2.2 Les approches centrées sur l'acteur

Dans une approche différente mais complémentaire, d'autres recherches se sont centrées sur les déterminants de l'action, en réfléchissant principalement autour du choix de l'individu. Il existe de multiples approches pour l'étude du processus décisionnel conduisant à la mise en œuvre d'un soin à visée thérapeutique. Cependant, les modélisations des mécanismes décisionnels partagent une conception où les comportements de recours aux soins sont produits par un acteur rationnel, agissant d'abord en fonction de la perception du rapport entre les avantages et les coûts perçus.

Les modèles des croyances relatives à la santé, ou Health Belief Model (HBM) décrivent les déterminants de l'intention d'action en faisant interagir les connaissances en matière de santé et l'intérêt pour la santé avec différents ordres de croyances et de perceptions, influencées par des facteurs inducteurs (âge, sexe, ethnie, personnalité, classe sociale) (Godin, 1988 ; Siegrist, 1988). Les HBM reposent sur le postulat que « tout individu est susceptible d'entreprendre une action pour prévenir une maladie ou une situation désagréable s'il possède des connaissances minimales en matière de santé, et s'il considère la santé comme une dimension importante à l'intérieur de sa vie » (Godin, 1988, p.40). Ces modèles développent une analyse en terme de coûts/bénéfices, en insistant sur les aspects psychologiques et cognitifs : l'individu raisonne notamment son choix thérapeutique en fonction de sa croyance en l'efficacité de l'action à entreprendre (figure annexe 1.5 ; Becker, 1974). Les HBM s'appuient en grande partie sur les théories de psychologie sociale rendant compte de mécanismes applicables aux comportements à visée thérapeutique : la théorie de la personnalité, la psychologie du sens commun, le locus de contrôle, la théorie des représentations sociales peuvent expliquer la nature des choix thérapeutiques, tout comme les théories de la dissonance cognitive et de l'engagement montrent que lorsqu'un malade a le sentiment d'être partie prenante du traitement qui lui a été prescrit, le suivi thérapeutique gagne en efficacité (Grawitz, 1986).

Considérant que l'action thérapeutique est « sociale dans la mesure où, du fait de la signification subjective que l'individu ou les individus qui agissent y attachent, elle tient compte du comportement des autres et en est affectée dans son cours » (Weber, 1964, p. 88), plusieurs auteurs ont intégré des paramètres sociaux à leur réflexion sur l'intention comportementale.

D'après la sociologie fonctionnaliste et interactionniste, l'intention comportementale est conditionnée par un ensemble de valeurs et de normes partagées, mais également par le rapport à ces normes en terme de conformité et de déviance et par les formes de contrôle social susceptibles de sanctionner les choix individuels (Becker, 1985). Dans cette perspective, la théorie de l'action raisonnée rend compte de l'influence de l'environnement social sur l'intention comportementale à travers une norme subjective fixée par les attentes de l'entourage et la marge d'autonomie de l'individu (figure annexe 1.6) (Ajzen, 1991 ; Ajzen, 2002) ; plusieurs modélisations prennent en compte l'influence de la perception des conséquences des choix thérapeutiques, sous la forme de sanctions physiques ou économiques, de coûts sociaux ou de conséquences surnaturelles. L'une des modélisations les plus abouties des croyances relatives à la santé, inspirée du modèle des comportements interpersonnels, distingue quatre facteurs conditionnant l'intention comportementale : la composante cognitive, évaluant les avantages et les désavantages du comportement ; la composante affective, rendant compte du plaisir lié à réalisation du comportement ; la composante sociale, évaluant l'appréciation de la pertinence du comportement dans le groupe de référence, en fonction de la position sociale de l'acteur ; la norme morale personnelle, définie par le sentiment d'obligation par rapport au comportement (figure annexe 1.7).

Dans une perspective méthodologique différente, plusieurs modèles décrivent les étapes constitutives du processus amenant de l'identification des symptômes jusqu'à la guérison, dans une réflexion articulée autour des notions de coûts et de bénéfices attendus : ils s'intéressent « aux différents renseignements que l'acteur prend en compte quand il doit choisir pour traiter une maladie, à la perception des différentes alternatives thérapeutiques et des contraintes effectives en vigueur »⁶ (Young, 1981a, p.501). Ils décomposent les choix thérapeutiques en un nombre variable d'étapes, influencées par les perceptions individuelles de la maladie, de l'offre de soins et du statut des protagonistes (Igun, 1987 ; Diarra, 1993 ; Kirscht 1984) ; la modélisation proposée par Fournier met en particulier en avant l'identification et l'évaluation subjective des alternatives thérapeutiques (Fournier et al., 1995). Dans tous ces modèles, la dimension sociale des décisions thérapeutiques reste cependant secondaire ; la seule approche étudiant les mécanismes décisionnels en prenant réellement en compte leur dimension collective est l'étude des réseaux, où l'individu acteur est replacé au sein de son groupe social.

⁶ Traduction de l'auteur : « Investigation centers upon the discovery of what information the actor considers when faced with an illness treatment decision, how the available treatment alternative is evaluated, and what relevant constraints are operative »

1.2.3 Apports et limites des principales approches

Les nombreuses recherches menées sur les pratiques sanitaires ressortent d'approches variées, sont appuyées sur des méthodologies plurielles et renvoient à des conceptions très différentes de l'action humaine. Elles apportent des connaissances complémentaires sur les déterminations des comportements de recours aux soins, mais présentent à nos yeux trois limites principales, liées à la définition de l'objet de recherche, au niveau d'analyse et au type d'explication proposé.

Dans la littérature, l'objet d'analyse *in fine* est le choix thérapeutique, préventif ou curatif : l'étude porte sur l'adoption ou non du comportement, c'est-à-dire, dans le cadre des recherches appliquées aux maladies des pays africains, l'utilisation des différentes filières thérapeutiques. Cependant, les problématiques de recherche ont souvent limité l'étude des choix thérapeutiques à l'étude de l'utilisation des centres de santé : « historiquement, les études se sont concentrées sur l'utilisation des services biomédicaux, tels que les hôpitaux, les cliniques et les centres de vaccination et ont ignoré les traitements traditionnels et à domicile »⁷ (Ryan, 1998, p.210). L'étude des pratiques de soins à domicile et des consultations traditionnelles est le plus souvent négligée. En outre, l'objet d'étude concerne avant tout la nature et les facteurs du choix thérapeutique : la dimension qualitative de la mise en œuvre du soin, le délai, la durée et le suivi des soins est souvent négligé.

La majeure partie des recherches développe une analyse au niveau individuel, occultant la dimension collective et sociale des comportements de santé. Ainsi, dans l'approche déterministe dominante, les déterminants culturels, sociaux et économiques sont appréhendés au niveau d'un seul individu, qui est de manière quasi-systématique la mère de l'enfant. Dans la même logique, la réflexion portant sur le processus décisionnel s'inscrit exclusivement au niveau individuel : l'étude des conditions de production de l'intention thérapeutique se fonde sur les axiomes de la théorie économique néo-classique, où les individus sont perçus comme des êtres rationnels et isolés agissant sur la base de la perception du rapport coût/bénéfice de l'action à entreprendre. Pour l'étude des facteurs prédisposant à l'adoption des comportements thérapeutiques, la prise en compte de la dimension sociale est limitée à son influence cognitive, en terme de perception des coûts sociaux.

⁷ Traduction de l'auteur : «historically, utilization studies have concentrated on the use of biomedical facilities such as hospitals, clinics, and immunization centers and have ignored traditional and home-based treatment»

Or, l'approche individuelle ne rend pas compte de l'organisation sociale, culturelle et économique de la prise en charge de la santé de l'enfant au sein de la famille africaine : la diversité des paramètres impliqués dans les décisions thérapeutiques dépasse le paradigme du choix individuel rationnel (Elster, 1989). L'approche dominante tend à négliger les mécanismes définissant le rôle, le pouvoir et la responsabilité de chaque membre de la famille au sein du processus menant au recours aux soins : le rôle majeur joué par le père de l'enfant et les autres membres de la parenté est sous-estimé (Albrecht et al., 1995 ; Khan et al., 1989). Dès lors, la conception individualiste des comportements de recours aux soins « amène rapidement l'analyse à certaines limites et interdit notamment la prise en compte des phénomènes fondamentaux que sont les mécanismes sociaux et leur évolution temporelle » (Goldberg, 1982, p.66) : il apparaît nécessaire de prendre en compte la dimension interactive et collective des décisions thérapeutiques, en appréhendant « les comportements reliés à la santé dans une perspective sociale plutôt que sous l'angle exclusif de leurs liens avec la santé et la maladie » (Godin, 1988, p.56).

Elaborés pour l'étude des comportements préventifs et l'observance médicale dans les pays industrialisés, les modélisations centrées sur l'acteur, faisant reposer l'intention d'action sur des facteurs tels que l'intérêt pour la santé et la motivation, apparaissent difficiles à opérationnaliser pour l'étude des comportements curatifs de populations d'Afrique subsaharienne. Dans les faits, la majeure partie des études quantitatives portant sur les déterminants des comportements de recours aux soins de populations rurales africaines s'appuie sur une approche déterministe.

L'étude des déterminants des comportements de recours aux soins s'est appuyée sur une pluralité d'approches éclatées. En l'absence d'un cadre analytique unifié, les limites institutionnelles des différents champs disciplinaires ont favorisé l'émergence de perspectives analytiques morcelées, inscrites dans des problématiques spécifiquement socioculturelles, économiques, anthropologiques, socio-démographiques ou épidémiologiques. Le découpage sélectif des groupes de variables explicatives considérés, au sein des multiples dimensions de l'objet d'étude, a produit une recherche inscrite dans une logique de hiérarchisation : les études ont axé leur analyse sur la comparaison de l'influence de chaque déterminant plus que sur l'explication des déterminations. La revue de la littérature montre que l'unité du champ de recherche portant sur les comportements de recours aux soins est bien plus fondée sur l'adhésion à un même principe d'analyse hiérarchisant les déterminants qu'à l'existence d'un cadre théorique d'explication commun.

Intégrant des débats plus larges portant sur les facteurs de changement des comportements, la réflexion sur les déterminants des pratiques thérapeutiques a été marquée par l'opposition entre deux grands courants de recherche : l'un affirmant la prééminence des facteurs sociaux, économiques et culturels et l'autre privilégiant les facteurs liés aux techniques sanitaires de l'offre médicale. A l'origine « de simplifications lourdes de conséquences idéologiques, voire politiques » (Massé, 2001, p.60), les partis pris théoriques ont conduit à l'avènement d'un cadre de réflexion uniforme où « simplifiant à l'extrême, certains auteurs ont prétendu démontrer la prédominance absolue de tel ou tel facteur » (Vallin, 1989, p.399). La majorité des recherches, enfermée dans une approche visant l'identification de la primauté des facteurs associés à l'utilisation des structures de santé, a développé une réflexion en terme d'accessibilité aux structures sanitaires (Fassin, 1992) : l'accès économique, lié au coût des transports, de la consultation et du traitement ; l'accès géographique, lié à la distance aux centres de soins ; l'accès culturel et social, lié au décalage entre les caractéristiques de l'offre de soins et les représentations de la population et aux coûts sociaux des choix.

Nous avons choisi d'illustrer ces limites à partir d'exemples sur l'étude de l'influence de l'instruction et des caractéristiques de l'offre de soins. Dans l'analyse des facteurs socio-démographiques, l'instruction est identifiée comme l'un des principaux déterminants des pratiques thérapeutiques (Caldwell et al., 1989 ; Caldwell et al., 1990 ; Fabrega, 1977 ; Kloos et al., 1987 ; Ben Youssef et al., 1974 ; Cleland et al., 1989). Au terme d'une recherche comparative menée sur les données de 23 pays, Hobcraft conclut qu'« il existe des variations significatives dans la prévalence morbide des enfants et dans les modalités de traitement des maladies en fonction du niveau d'instruction de la mère »⁸ (Hobcraft, 1993, p.172). Inscrits dans le cadre d'une réflexion sur la transition sanitaire, plusieurs courants de recherche ont eu tendance à considérer l'instruction comme un supra-déterminant des comportements de recours aux soins. Or, l'impact de l'instruction sur les pratiques thérapeutiques, notamment sur la consultation en structure sanitaire, semble varier selon les contextes (Fournier et al., 1995, p. 297 ; Cleland et al., 1989 ; Akoto, 1989) : plusieurs auteurs ont conclu à une « absence de relation statistiquement significative entre le type de traitement et le niveau de scolarisation de la mère » (Ouedraogo, 1994, p.31 ; Vaugelade, 1991). Dans cette logique, le niveau à partir duquel l'instruction est susceptible d'exercer une influence sur les pratiques thérapeutiques semble relativement long, au moins de 5 années (Hobcraft, 1987).

⁸ Traduction de l'auteur : There is fairly clear evidence of differentiation according to the level of the mother's education in the prevalence, but more especially in the treatment of childhood diseases"

En outre, les mécanismes par lesquels l'instruction modifie les pratiques thérapeutiques restent mal connus : « les processus par lesquels la scolarisation exerce cette influence n'ont toujours pas été complètement compris »⁹ (Stuebing 1997, p.151 ; Fournier et al., 1995 ; Becker et al., 1993, p.85). Les courants de pensée dominants expliquent l'influence de l'instruction sur les pratiques thérapeutiques par son effet acculturant au niveau mental et social. L'instruction est considérée comme l'expérience d'une institution moderne favorisant l'adoption de comportements novateurs : elle doit permettre l'acquisition de savoirs non spécifiques modifiant les structures de pensée (Joshi, 1994). Elle est également censée favoriser la compréhension des messages sanitaires, faciliter la relation aux personnels soignants et renforcer la capacité à respecter les règles de traitement (Maclean, 1974) : « les mères instruites attachent une plus grande valeur à la bonne santé de leur enfant, [...] sont moins fatalistes face à la maladie et la mort ; plus innovantes en matière d'utilisation de traitements »¹⁰ (Cleland et al., 1989, p.92). De manière caricaturale, l'immense majorité des recherches portant sur l'influence de l'instruction prend exclusivement en compte le niveau d'instruction de la mère (Hobcraft, 1993) : l'analyse négligeant le rôle de l'instruction du père nous paraît nettement insuffisante.

L'instruction maternelle est également considérée comme un instrument de transformation des rapports sociaux par le renforcement de son autonomie : « l'instruction est socialement importante car elle ouvre la voie à des changements sociaux et a un impact sur les rapports de genre »¹¹ (Caldwell, 1989, p.108). Or, l'une des principales limites des analyses de l'instruction en tant que facteur d'acculturation tient à la sous-estimation de la fonction normative de l'école pour la transmission des valeurs et des croyances. Ainsi, au Sénégal, les livres scolaires d'école primaire proposent des mises en scène de rapports de genre réaffirmant la répartition traditionnelle des tâches : l'école n'est pas un pur instrument d'innovation et de changement, mais une institution favorisant la reproduction de l'ordre social (Bourdieu et al., 1970). Dans une autre perspective, d'autres auteurs expliquent l'influence de l'instruction par l'acquisition de connaissances sanitaires : « les connaissances sanitaires en elles mêmes sont l'un des plus importants moyens d'action de l'instruction »¹² (Preston, 1989, p.74).

⁹ Traduction de l'auteur : « the specific ways in which schooling has this effect are not yet fully understood »

¹⁰ Traduction de l'auteur : « attach a higher value to the welfare and health of children [...] be less fatalistic about disease and death ; be more innovative in the use of remedies »

¹¹ Traduction de l'auteur : « education is important socially because it fits people for a changing society and because of its impact in terms of gender equity »

¹² Traduction de l'auteur : « health knowledge itself [...] is one of the most important routes through which education is operating »

Dans une approche de type économique considérant l'acte de consultation comme la rencontre entre une offre et une demande thérapeutique, les caractéristiques de l'offre de soins ont été analysées comme les principaux déterminants des comportements de santé (ref.). Le choix thérapeutique est alors conçu comme avant tout dépendant de la perception du rapport entre le coût et le bénéfice des différents traitements, en fonction de l'efficacité des soins proposés par les filières thérapeutiques, de la distance à parcourir, du temps d'attente, du coût des prestations et de la qualité de l'interaction entre le thérapeute et le malade (Brunet-Jailly, 1996 ; Jaffré, 2001 ; Berche, 1986; Juillet, 2002).

Dans cette perspective, l'explication des comportements ne repose que sur une des dimensions du choix : seules les contraintes économiques conditionnent les choix et permettent d'expliquer la différence entre la règle énoncée et la pratique effective, les autres facteurs, individuels ou collectifs, n'étant pas pris en compte.

Au terme de cette revue critique des études empiriques et des principales modélisations théoriques, il semble nécessaire de proposer un cadre de recherche pour l'étude des comportements de santé chez les enfants atteints de fièvres palustres présomptives en milieu rural africain.

1.3 Proposition d'un cadre de recherche

Notre cadre de recherche s'appuie sur une problématique, des objectifs, des hypothèses et une stratégie d'analyse spécifiques.

1.3.1 Définition du cadre conceptuel de recherche

L'approche analytique classique des déterminations sociales, économiques et culturelles des pratiques thérapeutiques nous semble présenter plusieurs limites :

- les recherches s'appuient le plus souvent sur une définition réductrice des comportements de recours aux soins et, dans la perspective d'identifier les déterminants universels de l'utilisation des structures sanitaires, négligent la diversité des pratiques thérapeutiques ;
- elles sont inscrites dans une perspective individualiste centrée sur la mère de l'enfant et ne rendent pas compte du rôle majeur joué par les autres membres de l'environnement de l'enfant ;
- l'étude des comportements s'appuie plus sur une analyse comparative de corrélations statistiques que sur une recherche des mécanismes d'action des variables, replacées dans la logique des étapes constitutives du recours aux soins ;
- le cadre de recherche est général et prend peu en compte la spécificité des épisodes morbides et des contextes sociaux, culturels et épidémiologiques.

L'élaboration d'un cadre de recherche redéfinissant l'approche conceptuelle implique donc un déplacement du questionnement, l'élargissement du niveau d'analyse, l'aménagement du cadre explicatif et l'affinement des orientations méthodologiques.

1.3.1.1 Déplacer le questionnement

La plupart des études limitent leur description des pratiques thérapeutiques à la nature du soin. Or, l'efficacité de la réponse apportée à une maladie dépasse la simple nature du soin. Nous proposons donc de redéfinir l'objet de recherche en intégrant à notre questionnement l'action produisant le fait thérapeutique et les conditions de sa mise en œuvre. Notre réflexion cherche à prendre en compte les formes de la pratique thérapeutique, en considérant l'ensemble des paramètres constitutifs de la qualité des soins : le rang de réalisation, le délai de recours et le suivi des règles d'administration du traitement. Par ailleurs, notre questionnement ne se limite pas aux seuls facteurs d'utilisation des services médicaux, mais vise à englober l'ensemble des pratiques thérapeutiques, de tous types et de toute nature.

1.3.1.2 Modifier le niveau d'analyse

La maladie est un événement social touchant « le tissu fondamental et élémentaire de la société » (Rocher 1992, p.20). La nécessité de surmonter la souffrance du malade, de gérer l'incertitude médicale et de réunir les moyens thérapeutiques pour traiter la maladie touchent à l'essence même de la vie sociale : la maladie crée les conditions de réaffirmation du groupe et des solidarités entre individus (Mauss, 1969 ; Pescolido, 1992). Lorsque le malade est un enfant, la dimension sociale de la maladie est exacerbée : ni force de proposition ni force d'action pour se soigner, l'enfant est entièrement dépendant des adultes pour la prise en charge de sa santé.

En Afrique, l'identité de l'enfant est rattachée à la lignée dont il est issu : il « n'appartient » pas exclusivement à ses géniteurs et est élevé par différents membres d'une famille étendue aux limites non définitivement fixées (Mouvagha-Sow, 2002). Dans la mesure où l'appartenance sociale de l'enfant s'inscrit dans un cadre communautaire, la responsabilité de sa santé est également co-extensive au couple parental. La maladie de l'enfant concerne un groupe de référence composé de plusieurs personnes : « la délégation des activités et des responsabilités à la parenté est une pratique et une norme fréquente en Afrique »¹³ (Oppong, 1993, p.9) amenant sa mère, son père et un nombre variable de proches à partager la responsabilité des choix thérapeutiques. La conception et la mise en œuvre d'un soin est le plus souvent le fruit d'une élaboration collective, à travers des discussions, des échanges et des négociations entre les individus : le pluralisme médical même « est largement le résultat de rapports sociaux qui transcendent les conduites individuelles » (Benoist, 1996, p.7).

L'approche conceptuelle classique conçoit la pratique thérapeutique comme un processus fondamentalement individuel : tout se passe comme si les caractéristiques d'un seul et unique acteur permettaient d'expliquer les pratiques thérapeutiques. Au sein de la littérature, un faible nombre d'études se sont intéressées à la dimension sociale des réponses thérapeutiques : « malgré l'importance du problème de santé publique posé par le paludisme, il y a peu d'études prenant en compte l'influence des facteurs et des relations de genre »¹⁴ (Tanner et al., 1998, p.526 ; Kroeger, 1983).

¹³ Traduction de l'auteur : "delegation of activities and responsibilities associated with parenthood is a pervasive norm and practice in the African Region"

¹⁴ Traduction de l'auteur : "despite the importance of malaria as a public health problem, there is relatively little literature on malaria that takes into account the possible influence of gender factors and gender relations »

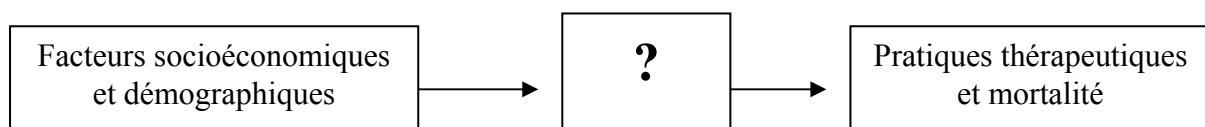
Dans la mesure où les théories psychosociales et les principales modélisations des déterminants des pratiques thérapeutiques appréhendent l'acte thérapeutique comme le fruit d'un choix individuel raisonné en fonction de multiples paramètres contraignants, « le plus grand défi est d'intégrer à la réflexion la complexité des dimensions sociales »¹⁵ (Ties Boerma, 1996, p.117 ; Uchudi et al., 2001).

Les comportements de recours aux soins sont fondamentalement de nature collective et l'unité d'analyse doit être redéfinie en passant du niveau individuel, le plus souvent centré sur la mère de l'enfant, au groupe de gestion de la santé de l'enfant, dans lequel la mère a un rôle prédominant. La rationalité guidant le processus thérapeutique étant agrégée aux rationalités des différents acteurs concernés par la maladie de l'enfant, nous replacerons le comportement dans le cadre collectif de son élaboration au sein de la concession : « peu de choses sont connues sur les liens entre la structure du ménage, le statut socio-économique et les comportements thérapeutiques en Afrique sub-saharienne »¹⁶ (Gage et al., 1997, p.295).

Dans la perspective de prendre le plus possible en compte les niveaux agrégés, nous chercherons à compléter l'analyse par l'étude de la dimension contextuelle, définie au niveau du village ou de groupes de villages (Charbit, 1999 ; Jones, 1993 ; Goldstein, 1995 ; Courgeau et al., 1997).

1.3.1.3 Reconsidérer les facteurs pris en compte

L'analyse classique des déterminants des pratiques thérapeutiques s'intéresse principalement aux déterminants généraux et indirects des comportements de recours aux soins, médiatisés par un ensemble de facteurs proches ; les associations doivent être replacées dans une perspective dépassant le constat de « zones d'ombre » (Feysetan et al., 1989) illustrées par l'image de la boîte noire (Mosley et Chen, 1984a) :



¹⁵ Traduction de l'auteur : «the greatest challenge is to incorporate the complex social dimension of health further into the framework»

¹⁶ Traduction de l'auteur : « little is known about the linkages between household structures, socioeconomic status, and health-seeking behavior in sub-saharan africa»

Dans le prolongement d'autres travaux (Guillaume, 1997), nous proposons de privilégier autant que possible l'étude des déterminants directs des pratiques de santé : il s'agit par exemple d'étudier les connaissances en matière de santé indépendamment du niveau d'instruction. Par ailleurs, la majeure partie des études portant sur les déterminants des comportements de recours aux soins s'inscrivent dans un cadre figé, où la réalisation d'un itinéraire thérapeutique pour un épisode morbide donné semble constituer le signe d'une pratique fixe et immuable, définitivement expliquée par un ensemble de caractéristiques socio-démographiques. Le recours aux soins est pensé comme la concrétisation d'un projet de trajectoire prédéfinie, répondant à un modèle général de pratique.

Cette approche statique ne rend pas compte des multiples interférences et contraintes, individuelles ou collectives, qui influent sur la mise en œuvre des pratiques thérapeutiques. Or, dans le cadre de populations d'Afrique de l'Ouest, les comportements thérapeutiques ne sont pas fixés en fonction d'une adhérence totale et définitive à un modèle thérapeutique, définissant des modèles de pratiques opposables en comportements modernes *versus* comportements traditionnels. Les choix thérapeutiques ne sont pas la pure expression d'attitudes fixées, mais le résultat de décisions prises dans un contexte spécifique : bien souvent, « il ne s'agit pas d'une option bien définie mais plutôt d'un choix déterminé par des circonstances et des opportunités diverses » (Kalis, 1992, p.261). Dans cette perspective, l'itinéraire se déroule comme « une suite aléatoire d'événements enchaînés par le contexte [...] dans la dynamique d'une micro-historicité individuelle souvent imprévisible et construite à coups de rencontres, de symptômes, de moyens matériels accessibles ou absents » (Benoist, 1996, p.501).

Chaque épisode morbide est en soi spécifique. La réponse thérapeutique dépend en premier lieu des caractéristiques de la maladie, en terme de gravité, de durée et de diversité de ses manifestations : « le modèle de prise en charge est très sensible à la perception des symptômes et la gravité qui lui est associée »¹⁷ (Amarasiri de Silva, 2001, p.1369). De plus, le comportement thérapeutique est dépendant des conditions dans lesquels il intervient, notamment en fonction du système d'opportunités et de contraintes pesant sur les acteurs : les interactions nouées autour de l'épisode morbide, les facteurs conjoncturels, tels que l'absence du père d'un enfant malade ou la possibilité d'avoir le lendemain un moyen de transport facilitant la consultation.

¹⁷ Traduction de l'auteur : « the pattern of care seeking is highly responsive to perceived symptoms and the closely linked perception of severity »

Afin de compléter l'éventail de facteurs généralement pris en compte dans les études sur les comportements de recours aux soins, nous chercherons à prendre en compte le plus grand nombre d'épiphénomènes définissant les caractéristiques de la situation précise dans laquelle sont placés les acteurs de la santé de l'enfant. Devant la difficulté à donner un caractère opérationnel à la notion de situation, nous nous intéresserons aux facteurs caractérisant la spécificité de l'épisode morbide : la gravité clinique et l'évolution de la maladie ; les acteurs présents et impliqués dans l'itinéraire thérapeutique ; les antécédents cliniques de l'enfant et le contexte morbide de survenue de la maladie.

1.3.1.4 Redéfinir l'approche méthodologique

Bien souvent, les recherches traitant des déterminants des pratiques thérapeutiques ne sont pas spécifiquement centrées sur une maladie : elles s'intéressent à des épisodes morbides d'origines variées. L'orientation de notre cadre conceptuel nous pousse dans une logique inverse : en suivant les recommandations de la littérature visant à préciser le plus possible les caractéristiques de la maladie, nous nous intéressons à une affection spécifique, le paludisme (Kroeger, 1983).

Dans la même logique, nous souhaitons circonscrire notre recherche à l'échelle d'un contexte précis. Les échecs des programmes d'éradication et de contrôle du paludisme en Afrique démontrent le caractère irréaliste d'une solution unique et uniforme applicable partout dans le monde (Heggenhougen et al., 2003). La diversité des contextes épidémiologiques, sanitaires, économiques, sociaux et culturels induit des problématiques et des réponses différentes : le problème posé par le paludisme n'est pas le même partout, l'offre de soins varie d'une région à l'autre, la perception des maladies est culturellement déterminée. Le paludisme ne peut pas être considéré comme un problème de santé auquel il est possible de répondre par une stratégie unique et globale applicable partout dans le monde : les programmes de lutte contre le paludisme doivent s'appuyer sur des stratégies multiples et ciblées, dans une perspective où la dimension sociale accompagne les solutions médicales.

Notre étude ne se fixe donc pas pour objectif d'identifier les déterminants universels des comportements de recours aux soins face au paludisme, mais de dégager des connaissances sur les comportements thérapeutiques dans un contexte spécifique, celui d'un milieu rural au Sénégal.

1.3.2 Problématique de recherche

Les solutions apportées par les programmes sanitaires successifs n'ont historiquement pas permis de répondre efficacement au grave problème de santé publique posé par le paludisme. Au Sénégal, l'échec dans la lutte pour baisser les niveaux de morbidité et de mortalité palustre s'explique d'abord par un décalage entre les recommandations officielles et les pratiques thérapeutiques des populations. Ce constat récurrent est avant tout celui de la faible adhésion de la population aux protocoles de lutte préventifs et curatifs : la stratégie de chimio-prophylaxie préventive pour les enfants a dû être abandonnée au cours des années 1990¹⁸, l'utilisation de moustiquaires imprégnées¹⁹ est marginale et la prise en charge curative des enfants malades est rarement conforme aux recommandations officielles²⁰.

Le dramatique constat de morbidité et de mortalité palustre peut en partie être expliqué par le manque de considération des aspects sociaux et comportementaux dans la lutte pour le contrôle du paludisme. Les programmes de lutte contre le paludisme ont accordé une trop faible attention aux facteurs sociaux, comportementaux et économiques : « il est consensuel de reconnaître que le manque d'attention pour les facteurs socio-culturels a été l'une des principales raisons de l'échec des premiers programmes de lutte contre le paludisme »²¹ (Heggenhougen et al., 2003, p.8 ; Wessen, 1986 ; TDR News, 2002 ; Willams et al., 2003).

L'élaboration de réponses efficaces pour un contrôle durable du paludisme ne peut exclusivement reposer sur l'innovation médicale : en l'absence de perspectives pour établir un vaccin efficace et accessible avant plusieurs années, les solutions restent curatives et impliquent une adhésion de la population aux protocoles thérapeutiques. Pour atteindre l'objectif de réduire la mortalité par paludisme de 50 % d'ici 2010 (World Bank, 2001), les autorités sanitaires, nationales et internationales, ne peuvent se contenter d'opérer des sélections de protocoles médicamenteux : la recherche de solutions au problème posé par le paludisme doit associer les perspectives médicales, socio-culturelles et économiques de la santé des populations.

¹⁸ Dans la région de Fatick, un tiers des enfants recevait une prévention adaptée, sur la base d'un comprimé de 100 mg par semaine pour les 1 à 5 ans, les comprimés étant utilisés en traitement curatif ou pour les adultes (Garenne et Cantrelle, le cas du Sénégal).

¹⁹ Malgré la priorité affichée par les autorités sanitaires, seuls 2 % des enfants âgés de moins de 5 ans dorment sous moustiquaire, bien souvent dans des conditions ne garantissant pas une réelle efficacité (PNLP, 2001).

²⁰ Pour la période 1990-2000, les autorités sanitaires sénégalaises estiment que moins de 40 % des enfants atteints de fièvre ont reçu un traitement adapté (PNLP, 2001, p.13).

²¹ Traduction de l'auteur : it is widely agreed that inattention to the sociocultural factors was a major reason for the failure of earlier malaria control efforts

Depuis plusieurs années, l'intérêt potentiel de la contribution des sciences sociales aux stratégies de lutte contre le paludisme est reconnu : elles peuvent aider à la compréhension des comportements de recours aux soins et définir les conditions d'acceptabilité des protocoles de soins, (WHO, 1998). Cependant, dans le même temps, l'apport des sciences sociales à la lutte contre le paludisme reste nettement insuffisant, en particulier en raison de la qualité et de la pertinence des données disponibles (Williams et al., 2003). Il apparaît dès lors nécessaire de dégager des connaissances sur les pratiques thérapeutiques, sur les conditions de prise en charge des enfants malades, sur les mécanismes d'influence des multiples déterminants des pratiques thérapeutiques et sur les attentes de la population en matière de santé dans des contextes spécifiques.

1.3.2.1 Objectifs de recherche

Cette recherche vise à décrire les comportements de recours aux soins mis en œuvre lors d'un accès palustre présumptif en milieu rural sénégalais, à partir de trois principaux axes de recherches : la description des pratiques thérapeutiques dans leur diversité et dans leurs multiples dimensions ; la mise à jour des logiques présidant à la définition des recours aux soins ; l'analyse des déterminations des pratiques thérapeutiques.

Conformément aux orientations définies dans le cadre théorique de recherche, la description des pratiques thérapeutiques poursuit trois objectifs spécifiques :

- Décrire les représentations du paludisme et de l'offre de soins, en particulier biomédicale ;
- Décrire les comportements de recours aux soins en considérant la nature des différents actes thérapeutiques pratiqués, le rang, le délai et de la durée de leur mise en œuvre ;
- Analyser les modalités d'accès aux soins biomédicaux et les conditions de leur utilisation.

L'étude du découpage socialement organisé des rôles au sein de la structure familiale pour la prise en charge thérapeutique de la maladie de l'enfant vise fondamentalement à rendre compte des rapports sociaux, de genre et de pouvoir qui, au sein du ménage²², sous-tendent les choix thérapeutiques et les conditions de mise en œuvre des soins. L'étude de la dimension sociale de la prise en charge thérapeutique s'articule autour de quatre objectifs spécifiques :

- Décrire les normes et les modalités de construction de l'itinéraire thérapeutique au sein de la cellule familiale ;
- Décrire la répartition des rôles au sein de la cellule familiale pour la prise en charge de l'épisode morbide;
- Analyser l'influence de l'organisation sociale de la prise en charge de la santé de l'enfant sur les pratiques thérapeutiques ;
- Analyser les déterminations des normes de prise en charge de la maladie au sein de la cellule familiale, par l'étude de l'influence de facteurs individuels et collectifs sur les conditions de prise en charge de la maladie.

L'étude des déterminations des comportements de recours aux soins se fixe trois objectifs principaux :

- Analyser l'influence des déterminants classiquement identifiés par la littérature sur les comportements de recours aux soins ;
- Explorer, conformément aux orientations du cadre conceptuel de recherche, l'influence de trois groupes de déterminants rarement pris en compte dans la littérature : les stratégies du ménage en matière de planification et de prise en charge de la maladie ; le contexte de situation, définissant la spécificité des conditions du ménage au moment de la survenue de la maladie ; les facteurs contextuels, évalués d'une part, au niveau de la morphologie de l'environnement familial et d'autre part, au niveau des caractéristiques du village d'habitat
- Etablir, toutes choses égales par ailleurs, l'influence de l'ensemble de ces paramètres sur l'utilisation de l'offre de soins biomédicale, dans la perspective d'identifier les obstacles à un traitement biomédical précoce et efficace de l'épisode palustre chez l'enfant, tout en cherchant à expliquer leurs mécanismes d'action.

²² Le ménage est l'unité de production et de consommation ; à Niakhar, elle correspond à la notion de cuisine. Une concession peut être formée de plusieurs ménages, formant des unités domestiques autonomes. La cellule familiale première est celle de la cuisine, cependant, les membres de la concession appartiennent à une cellule familiale élargie.

1.3.2.2 Hypothèses de recherche

Chacun des trois principaux axes de recherche s'appuie sur une hypothèse centrale, à laquelle est rattachée un faisceau d'hypothèses spécifiques.

Nous formulons en premier lieu l'hypothèse que les comportements de recours aux soins sont conçus dans une logique pragmatique tenant compte d'un environnement extérieur contraignant : les choix du type et de la nature des actes thérapeutiques pratiqués, comme les délais de mise en œuvre des soins, répondent, dans un contexte de grande pauvreté, à la recherche de soins efficaces au moindre coût face à une maladie fréquente, récurrente et dans l'immense majorité des cas, peu dangereuse. Les parents recherchent en priorité les soins les plus efficaces pour un coût acceptable, au sein d'une offre thérapeutique caractérisée par une pluralité d'alternatives. Le décalage entre les attentes des autorités sanitaires et l'utilisation de l'offre de soins biomédicale est lié à la volonté de la population de se soigner au mieux, sagement et sans contraintes, en exploitant l'ensemble des ressources thérapeutiques disponibles.

Nous posons en outre l'hypothèse que les conditions de conception et de mise en œuvre des pratiques thérapeutiques, insérées dans les systèmes de relations et de pouvoir, sont socialement organisées en fonction de la répartition de l'autorité au sein des sphères primaires de sociabilité. Nous chercherons à montrer que la définition sociale du champ d'intervention des différents acteurs de la santé de l'enfant oriente la nature des soins pratiqués et les conditions de leur administration. Reprenant les conclusions d'autres études, nous chercherons à vérifier qu'au sein du découpage normatif des rôles pour la prise en charge de l'enfant malade, la mère de l'enfant joue un rôle majeur, mais plus centré sur l'identification de la maladie et la mise en œuvre des soins : sa faible autorité morale et son autonomie financière limitée réduisent sa capacité à décider et à financer les soins les moins accessibles (Locoh et al., 1999). Nous chercherons également à montrer que le père de l'enfant, détenteur du pouvoir économique et représentant l'autorité morale, est surtout concerné par le financement des soins ; les personnes extérieures au couple parental interviennent fréquemment, notamment pour encadrer le choix des actes thérapeutiques. Nous postulons également qu'au sein du ménage, les conditions de prise en charge de l'enfant varient en fonction de multiples facteurs et, en particulier, en fonction des caractéristiques socio-démographiques des parents et de la morphologie de la cellule familiale.

Notre troisième hypothèse considère les comportements de recours aux soins comme le produit de multiples déterminations. Elle s'inscrit en profonde contradiction avec les réflexions qui, associées à des courants d'analyses idéologiquement ou disciplinairement marquées, visent à exclusivement expliquer la pratique thérapeutique par un groupe de facteurs spécifiques, de type économique, socio-démographique ou culturel. Ainsi, l'approche expliquant la sous fréquentation des centres de santé et la mauvaise observance des prescriptions par un facteur culturel indexe à tort les populations : les représentations des fièvres de l'enfant ne sont pas des croyances archaïques et irrationnelles constituant en elles-mêmes des barrières au suivi des recommandations des autorités sanitaires. Nous faisons au contraire l'hypothèse que les comportements thérapeutiques sont déterminés par un ensemble de paramètres de différentes natures : nous pensons que les caractéristiques de l'offre de soins, les caractéristiques de la maladie, les caractéristiques socio-démographiques de l'enfant, de ses parents, de son groupe familial, les caractéristiques économiques du ménage, les connaissances et attitudes en matière de santé des parents de l'enfant, la morphologie de la structure familiale, la situation au moment de la survenue de l'épisode morbide et les caractéristiques contextuelles du village d'habitat sont des déterminants influençant de manière significative les comportements thérapeutiques, et notamment la fréquentation des structures sanitaires. Dans le cadre de cette hypothèse générale, nous avons appuyé l'analyse de chacun des déterminants étudiés sur au moins une hypothèse spécifique. Pour préserver le confort de lecture, nous avons présenté le détail des hypothèses spécifiques juste avant l'analyse de l'influence de chacun des groupes de déterminants.

1.3.3 La stratégie d'analyse

La stratégie d'analyse s'appuie sur trois étapes successives, liées entre elles et dégagant des connaissances complémentaires. Dans un premier temps, nous avons procédé à une analyse décrivant de manière générale les pratiques thérapeutiques et le cadre de prise en charge de la maladie au sein de la cellule familiale. Nous nous sommes intéressé, dans un second temps, aux déterminants individuels des pratiques thérapeutiques, en analysant leur influence au niveau univarié. Dans un troisième temps, nous avons procédé à une analyse spatiale et contextuelle, articulée autour des caractéristiques des villages. Enfin, au terme de cette exploration descriptive, nous avons construit des modèles d'analyse multi-variée.

La présentation des résultats est le plus souvent organisée en deux temps distincts. Dans une première phase, nous présentons et décrivons les chiffres ou les associations statistiques. Dans un second temps, dans le cadre de synthèses intitulées conclusions partielles, nous soulignons l'essentiel et proposons une mise en perspective des résultats.

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata 8.0 et la cartographie avec Philcarto²³.

1.3.3.1 Analyse descriptive

La première phase analytique consiste principalement en une description des comportements de recours aux soins, dans leur diversité et dans leurs multiples dimensions. Il existe, au sein de la revue de la littérature, plusieurs approches analytiques pour l'étude des actes thérapeutiques. Dans la lignée des travaux de Kroeger, la plupart des études sur les comportements de recours aux soins distinguent quatre grandes modalités de recours thérapeutiques : l'automédication, l'auto traitement traditionnel, le recours biomédical et le recours traditionnel (Kroeger, 1983). En nous démarquant à la fois des études plaçant les soins à domicile et les recours externes sur le même plan et de celles articulant l'analyse sur le rang ou sur le type de filière thérapeutique emprunté, nous avons choisi de distinguer deux grandes classes de soins. D'une part, les soins à domicile, pratiqués spontanément par la famille au sein de la concession. D'autre part, les recours externes, basés sur la consultation d'une personne extérieure à l'environnement familial direct, reconnue pour sa capacité à poser un diagnostic et à proposer un traitement curatif approprié.

Les soins à domicile sont étudiés dans la mesure où ils interviennent avant tout recours externe ; les recours externes sont analysés indépendamment de la pratique de soins à domicile. Pour l'appréhension des recours externes, nous avons distingué le suivi d'une consultation avec retour auprès d'un même thérapeute dans le cadre du traitement et la réalisation d'un nouveau recours externe auprès d'une instance différente. Les pratiques thérapeutiques sont analysées au niveau des deux premiers soins à domicile et des deux premiers recours externes réalisés.

²³ Philcarto : <http://perso.club-internet.fr/philgeo>.

Conformément aux objectifs de l'enquête, les variables décrivant les pratiques thérapeutiques sont la nature des soins, le délai de mise en œuvre, l'ordre chronologique de pratique, le coût et l'observance (durée et quantité) du traitement. Dans la perspective de décrire de manière complète les pratiques thérapeutiques, nous avons effectué une large sélection des variables indépendantes. Ainsi, pour caractériser les soins à domicile, nous étudierons la pratique d'une enveloppe fraîche, de massages, d'incantations, l'ingestion d'aliments spéciaux et de médicaments, en particulier de chloroquine et de paracétamol. Pour les recours externes, nous avons distingué la consultation de spécialistes traditionnels et la consultation d'un infirmier ou d'une personne ayant une formation de santé biomédicale. En outre, nous avons étudié de manière spécifique la consultation rapide, en moins de 48 heures, auprès d'une structure de santé ou d'un thérapeute traditionnel.

L'analyse descriptive s'est également attachée à dégager une connaissance précise des conditions de production des actes thérapeutiques. Nous avons étudié les modalités de prise de décision et la répartition des rôles pour la prise en charge de la maladie de l'enfant, en décrivant l'identité des personnes impliquées dans la décision, dans la mise en œuvre, dans le financement et dans l'administration des soins.

1.3.3.2 Analyse univariée

L'analyse univariée constitue une étape cruciale pour la compréhension des mécanismes d'action des différents facteurs : elle constitue un mode d'étude approfondi des variables explicatives et des processus de détermination des comportements.

L'analyse univariée vise à décrire l'impact de multiples paramètres, regroupés en champs thématiques, sur les pratiques thérapeutiques et sur l'organisation sociale de la prise en charge de l'enfant malade. Pour étudier l'impact de différents facteurs explicatifs, nous nous sommes appuyés sur des tableaux croisés et leurs associations statistiques : nous avons relié, une par une, les variables indépendantes à celles caractérisant le recours aux soins ; nous avons évalué la significativité des relations statistiques en soumettant les conséquences que l'on suppose induites par elles au test de χ^2 de Pearson. Le degré de significativité des associations a été indiquée par la valeur du p de Pearson ; nous avons également utilisé le *t*-test de Student pour comparer des valeurs moyennes, en notant la significativité des comparaisons.

Pour la description des pratiques thérapeutiques, l'analyse univariée s'appuie sur les variables utilisées lors de l'analyse descriptive, en mettant l'accent sur celles qui sont les plus pertinentes au regard de notre problématique de recherche. Dans l'hypothèse de démontrer qu'une multiplicité de paramètres influence les comportements de recours aux soins, l'analyse univariée prend en compte un nombre important de variables. Nous avons organisé l'analyse des facteurs explicatifs des comportements de recours aux soins en distinguant six champs thématiques regroupant des déterminants directs et indirects :

- le premier groupe de variables rassemble les paramètres caractérisant la maladie : la nature, la durée et l'intensité des symptômes ; la perception de la nature et des causes de l'épisode morbide ;
- Le second groupe de variables s'intéresse aux connaissances, aux représentations et aux attitudes, en matière de santé en général et de paludisme en particulier. Nous étudierons la perception des causes du paludisme, de ses symptômes et de ses modes de traitement ; les sources d'informations en matière de santé, le rapport à l'offre de soins biomédicale, les stratégies de prise en charge de la maladie au sein de la cellule familiale et la planification des dépenses de santé ;
- le troisième groupe de variables décrit les caractéristiques socio-démographiques de l'enfant, de ses parents et de son groupe familial : le sexe de l'enfant, son âge, son statut d'allaitement, son rang de naissance, l'âge de ses parents, leur statut matrimonial, leur niveau d'instruction, leur expérience migratoire, leur pratiques de sociabilité, leur confession religieuse, leur ethnie et leur caste ;
- Le quatrième groupe de variables caractérise le ménage sur le plan économique, en fonction des biens et des équipements possédés par le ménage ;
- le cinquième groupe de variables décrit les caractéristiques morphologiques du ménage : la taille de la concession et du ménage, le nombre de ménages dans la concession, la structure par âge de la concession et sa composition, en fonction des liens entre les personnes composant le ménage ;
- le sixième groupe de variables est constitué de l'ensemble des éléments caractérisant la spécificité de la situation de l'épisode morbide documenté. Il décrit la dimension conjoncturelle, du point de vue du contexte morbide, des antécédents de maladie de l'enfant et de la situation économique du ménage au moment de l'enquête.

Dans la mesure où notre protocole d'enquête n'inclut qu'un enfant par ménage et s'appuie sur l'interrogation de plusieurs personnes, notre unité d'analyse ne peut être la mère de l'enfant. Considérant que « le niveau du ménage est le plus important pour les interventions liées au paludisme »²⁴ (Tanner et al., 1998, p.530), nous avons le plus souvent appuyé l'analyse sur des indicateurs prenant en compte les caractéristiques des deux parents, en articulant plusieurs variables. Pour l'essentiel, les indicateurs sont constitués à partir des données collectées lors de l'enquête ; cependant, nous avons à plusieurs reprises utilisé les données de l'observatoire de population de l'IRD basé à Niakhar.

1.3.3.3 Analyse spatiale et contextuelle

L'analyse spatiale et l'analyse contextuelle intègrent à notre réflexion des paramètres qui ne caractérisent pas directement l'enfant et son ménage, mais qui sont plus généralement liés à son cadre de vie. L'analyse spatiale, qui, de manière classique, est centrée sur les implications de la localisation géographique de l'habitat, permet d'évaluer l'impact de la distance entre les infrastructures et le domicile des enfants malades sur les comportements thérapeutiques. Elle a également permis d'étudier les déplacements associés aux consultations hors de la concession.

Dans une perspective contextuelle, nous utiliserons l'analyse spatiale pour inscrire les pratiques thérapeutiques dans l'espace afin de mettre à jour l'existence de modèles de prise en charge de la maladie différents selon les villages ou des groupes de villages. Dans son prolongement, nous nous intéresserons aux effets agrégés du contexte de vie, ici mesurés au niveau du village, sur les comportements de recours aux soins.

1.3.3.4 Analyse multivariée

Pour déterminer les contributions relatives des différents facteurs prédictifs étudiés dans le cadre des analyses univariées et contextuelles, nous avons élaboré des modèles de régressions logistiques. Pour l'analyse multivariée, nous avons, en fonction de nos objectifs de recherche et des problématiques de santé publique, retenu trois variables dépendantes : la consommation de chloroquine dans le cadre des soins à domicile, la consultation en structure sanitaire et la consultation en structure sanitaire en moins de 48 heures.

²⁴ Traduction de l'auteur : « the household level is the most important area for malaria-related interventions »

Chapitre 2 - Présentation de l'étude

La présentation du contexte d'étude et des caractéristiques du paludisme consiste, dans un premier temps, en une courte introduction aux principales caractéristiques géographiques, historiques, économiques, sociales et sanitaires du milieu d'étude. Dans un second temps, nous avons décrit les caractéristiques de l'endémie palustre et de la lutte contre le paludisme, en général et à Niakhar en particulier. Dans un troisième temps, nous avons présenté le cadre méthodologique de notre enquête et les conditions de déroulement de l'opération de collecte des données.

2.1 Le contexte d'étude

La présentation du contexte d'étude aborde les dimensions géographique, historique, économique, sociale et sanitaire.

2.1.1 Le contexte géographique et historique

Situé à la pointe occidentale de l'Afrique, bordé au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au sud par la Guinée et la Guinée-Bissau, le Sénégal s'étend autour de la presqu'île du Cap Vert sur environ 200 000 km² (figure 2-1).

En dépit de sa petite taille, le territoire sénégalais couvre des aires phyto-géographiques variées : aux portes du Sahara, le Nord du pays est soumis à un climat sahélien avec une pluviométrie annuelle près de quatre fois inférieure à celle des zones forestières de Casamance.

Figure 2- 1 : Carte géographique du Sénégal



Le peuplement du territoire de l'actuel Sénégal est ancien : plusieurs sites de peuplements néolithiques ont été mis à jour (Corbeil et al., 1948). Jusqu'au XIème siècle, le principal bassin de peuplement est la vallée du fleuve Sénégal, placé sous la domination de l'empire mandingue du Ghana. Les invasions almoravides, marquant les premières vagues d'islamisation, poussent des populations hétérogènes de Toucouleurs, de Peuls, de Sosés, de Sarakolés, de Maures, de Bambaras et de wolofs à migrer pour s'établir dans la région centrale du Sénégal, où de nombreux royaumes succèdent. L'origine de l'ethnie Sereer est rattachée à la rencontre de peuples²⁵ refusant de se soumettre aux différents empires dans la région du Sine Saloum, où est fondée la dynastie des rois Sereers (Gravrand, 1983).

²⁵ Noon, Sosés

Les premiers colons européens débarquent au XV^{ème} siècle et installent des comptoirs commerciaux à Gorée, Rufisque et Joal. Les portugais, les hollandais, les anglais et les français se succèdent et organisent une traite esclavagiste jusqu'au milieu d'un XIX^{ème} siècle marqué par les guerres internes, entre royaumes et contre le colonisateur. Le Sénégal, jusqu'alors considéré comme une région française avec administration directe, accède à l'indépendance au sein de la Fédération du Mali en Avril 1960 ; en septembre 1960, Léopold Sédar Senghor est élu premier président de la république Sénégalaise.

En 2001, le Sénégal a conservé un découpage administratif et des institutions proches de celles du modèle français : le pays est divisé en 10 régions, 30 départements, 60 communes, 91 arrondissements, 320 communautés rurales et 13 282 villages. La cellule administrative de base est le village.

La zone d'étude dite de Niakhar se situe dans la région de Fatick, au cœur du bassin arachidier du Sine, à environ 140 km à l'est de Dakar, la capitale. La région de Fatick est soumise à un climat de type sahélo soudanien distinguant deux saisons. La saison sèche, durant huit à neuf mois, est caractérisée par des températures élevées et de fortes amplitudes journalières ; la saison humide allant de mi-juin à mi-octobre reçoit l'intégralité des précipitations, soit, pour la période 1982-2002, des apports pluviométriques annuels moyens d'environ 430 mm (tableau annexe 2.1). Le milieu naturel est une savane arborée sans relief, marquée par la densité de la population rurale.

Notre population d'étude habite 29 villages différents représentant près de 29 000 habitants. Les villages sont répartis sur une superficie d'environ 200 km² et rattachés à deux communautés rurales différentes, celle de Niakhar et celle de Diarère (figure 2-2). Dans le cadre de l'observatoire de population implanté depuis 1962 par l'IRD, ces villages font l'objet d'un suivi continu avec un enregistrement régulier des événements démographiques.

Figure 2- 2 : Carte des limites administratives et des infrastructures sanitaire des villages enquêtés



2.1.2 Le contexte économique et socio-démographique

En 2000, le Sénégal comptait une population d'environ 10 millions d'habitants. Il occupait la 154^{ème} place de l'Indicateur de Développement Humain²⁶ : l'espérance de vie est inférieure à 55 ans, le taux d'alphabétisation des plus de 15 ans proche de 40 %, avec un fort écart entre les sexes, le niveau de mortalité maternelle est supérieur à 500 pour 100 000 naissances vivantes et près 20 % des enfants âgés de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance ou d'insuffisance pondérale (PNUD, 2002). Majoritairement rural, le pays est en voie rapide d'urbanisation : 40 % de la population nationale habite en ville, dont 20 % dans la capitale, Dakar. Avec un taux de croissance naturel supérieur à 2,5 %, le Sénégal doit faire face à une explosion des besoins éducatifs, nutritifs et de santé.

Malgré une légère évolution au cours des dernières années, la population des villages d'étude est encore très traditionnelle. En effet, bien qu'en baisse depuis le début des années 1990, l'Indice Synthétique de Fécondité reste supérieur à 7 en 2000 et l'âge moyen à la primiparité demeure inférieur à 20 ans. La polygamie est fréquente, le célibat définitif est marginal et l'écart d'âge entre époux au mariage est proche de 10 ans. La population est structurellement très jeune : au 1^{er} janvier 2000, les moins de 10 ans représentent près du tiers de la population totale²⁷. Le niveau d'instruction est faible, avec des inégalités marquées selon le sexe : en 1997, 75 % des femmes âgées de 15 à 24 ans sont analphabètes et 60 % des hommes n'ont pas reçu d'instruction primaire (Delaunay, 1998). La densité de population, évaluée à 60 habitants au kilomètre carré en 1940 (Vanhaeverbeke, 1970), puis à 85 en 1966 (Cantrelle, 1969), atteint des niveaux sans précédents, supérieurs à 150 hb/km².

A l'instar des autres pays d'Afrique intertropicale, le Sénégal a bénéficié d'une forte baisse de la mortalité aux jeunes âges au cours des dernières décennies : le taux de mortalité infanto juvénile est ainsi passé de 279 ‰ en 1970 à 139 ‰ en 2000 (Nations Unies, 1994). Au Sénégal, la mortalité dans l'enfance reste cependant parmi les plus élevées au monde avec un fossé marqué entre le milieu urbain et le monde rural : en 1999, la mortalité infanto juvénile en milieu rural, supérieure à 170 ‰, est 1,8 fois supérieure à celle des zones urbaines, proche de 90 ‰ (DHS 3 ; Adjamagbo et al., 2002).

²⁶ L'IDH est indicateur combinant l'espérance de vie, le niveau de connaissances (mesuré par le taux d'alphabétisation des adultes et le taux brut de scolarisation, et le P.I.B. réel par habitant ajusté en parité de pouvoir d'achat (PPA). Il classe 173 pays et, en 2000, la France occupait la 12^{ème} place.

²⁷ On dénombre 5020 enfants de moins de cinq ans et 4560 enfants âgés de 5 à 10 ans, représentant respectivement 17% et 16% du total.

A Niakhar, la baisse de la mortalité infanto juvénile s'est amorcée assez tôt (Pison, 1995), passant de près de 500 ‰ dans les années 1960 à 180 ‰ pour la période 1994-1996. En raison de la forte incidence des maladies infectieuses, multipliant les risques de décès au cours du sevrage (Marra et al., 1996), le milieu d'étude se caractérise par des niveaux de mortalité juvénile relativement élevés par rapport à la mortalité infantile, respectivement à 151 ‰ et 104 ‰ pour la période 1984-93 (Delaunay, 1995).

Les difficultés sanitaires et sociales de la population sont avant tout le reflet d'une situation économique problématique : en 2001, le Sénégal fait partie du groupe des PMA²⁸. Le Sénégal est en effet un pays faiblement industrialisé, tirant l'essentiel de ses revenus de la pêche, du tourisme et de l'exportation de phosphates et d'arachide. Son Produit Intérieur Brut, évalué à 4,4 milliards de Dollars pour l'année 2000, stagne depuis 25 ans. L'économie sénégalaise est fortement dépendante de son agriculture. Or, au cours des dernières décennies, le secteur agricole a été durement touché, par les effets combinés d'un déficit pluviométrique prolongé et d'une forte baisse des cours mondiaux des matières premières : le Sénégal est passé d'un taux d'autosuffisance alimentaire de 138 % en 1962 à 79 % en 1989 et importe désormais chaque année près de 800 000 milles tonnes de céréales. Pour faire face aux difficultés économiques, en 1994, la monnaie nationale, le franc CFA, a été dévaluée de 50 %.

La population sénégalaise est composée d'une pluralité de groupes ethniques. Les Wolofs représentent près de 40 % de la population, le groupe des Hal Pulaar près de 25 %, les Sereers environ 15 %, les Diolas 10 % et les peuples mandingues 5 % ; d'autres groupes, les manjaks, les balante, les bassari, les bétiks complètent cette mosaïque ethnique. La population de Niakhar est quasiment homogène sur le plan ethnique : elle est composée à plus de 97 % de Sereers (Marra et al., 1996). L'ethnie Sereer regroupe plusieurs sous-groupes partageant un patrimoine commun, mais cultivant également de multiples différences, avec en particulier des dialectes très différents. La population habitant les villages proches de Niakhar est presque exclusivement composée de sereers *sine sine*. Au regard des principaux groupes ethniques voisins, les Wolofs et les Pulaars, la société Sereer se caractérise, d'une part, par l'absence d'un système politique ou juridique formel et, d'autre part, par un système de parenté traditionnel bilinéaire, à prédominance matrilineaire (Diouf, 1970 ; Troy, 1999).

²⁸ PMA : Pays dit les Moins Avancés

Les Sereers sont un peuple de paysans avec une vie sociale rythmée par le calendrier des travaux agricoles : ils vivent principalement d'une économie agro-pastorale, combinant la production de cultures de rente, le mil et le sorgho, et de cultures principalement destinées à la vente, l'arachide, les haricots et les fleurs d'ibiscus. Le système cultural sereer est perfectionné : il prévoit une rotation de cultures et des jachères permettant d'assurer l'entretien du sol et la pérennité des cultures, en étroite association avec l'élevage²⁹ (Lericollais). Au cours des dernières décennies, dans un écosystème fragilisé par la baisse prolongée de la pluviométrie, l'accroissement de la pression démographique, le développement des échanges commerciaux, les politiques étatiques et la crise économique ont remis en cause l'équilibre du système agro-pastoral traditionnel. Bien que parfaitement adapté aux caractéristiques de l'environnement, l'économie agro-pastorale traditionnelle apparaît fragilisée, avec « un seuil démographique maximum au-delà duquel le système décrit comme typiquement sérère n'est plus réalisable » (Pelissier, 1953, p.24). La réduction des jachères et la modification des rythmes d'alternance des cultures a entraîné une dégradation sans retour du milieu agricole contraignant une part importante de la population active à l'émigration saisonnière : les stratégies de mobilité circulaire vers les villes touchent près de 70% des femmes, principalement lors de l'adolescence (Pontié et Lericollais, 1995). Les sereers sont profondément attachés à leur identité et à leur terroir, mais s'ouvrent cependant peu à peu aux différentes mutations opérées au sein de la société sénégalaise, avec une forte influence économique et culturelle mouride³⁰.

Le milieu d'étude est fortement sous-équipé en infrastructures : en 2001, aucun village n'est alimenté en électricité, plus du tiers de la population consomme une eau saumâtre issue des puits traditionnels et 60 % des ménages s'approvisionne en eau auprès de robinet collectifs (Delaunay et al., 1998). En l'absence de route goudronnée et de latérite, les villages sont reliés entre eux par des pistes et les charrettes tirées par des chevaux constituent le principal moyen de déplacement. L'unité d'habitat est la concession, délimitée par des palissades de paille séchée, et regroupe fréquemment plusieurs ménages. Les cases, rectangulaires, sont généralement fabriquées en terre séchée, couvertes de toits en paille ; les familles qui le peuvent construisent des maisons en dur, couvertes de tôle ondulée.

²⁹ Les paysans pratiquent un assolement où la culture du mil et de l'arachide succèdent à une année de jachère pâturée ; les troupeaux de bovins partent en transhumances

³⁰ La mouridia est une confrérie islamique très influente au Sénégal.

2.1.3 Le contexte sanitaire

Au Sénégal et notamment à Niakhar, l'offre thérapeutique se caractérise depuis plusieurs décennies par la coexistence de plusieurs filières thérapeutiques, dont nous présentons ici, sans avoir l'ambition d'être exhaustif, les caractéristiques générales.

2.1.3.1 Le système de soins biomédical

Depuis son accès à l'indépendance, les autorités sénégalaises ont défini des stratégies sanitaires basées sur les recommandations de l'OMS, régulièrement définies dans le cadre de plans de développements quadriennaux. Depuis plusieurs décennies, les orientations sanitaires affirment la priorité du monde rural sur le milieu urbain, la priorité de la médecine de masse sur la médecine individuelle, la priorité de la médecine préventive sur la médecine curative, la priorité de l'information, de l'éducation et de la communication. Dans la perspective d'améliorer la santé des populations pauvres et de réduire les énormes inégalités en matière de santé, le système sanitaire sénégalais a suivi dans les années 1980 la logique des soins de santé primaire³¹ et a intégré depuis 1992 l'initiative de Bamako³².

Au Sénégal, le système sanitaire a une structure pyramidale, dirigée par le Ministère de la Santé. En 2001, la carte sanitaire sénégalaise, élaborée sur la base des découpages administratifs, distingue 10 régions et 54 districts médicaux. Les activités sanitaires de la région sont coordonnées par le médecin-chef autour d'une structure de référence, l'hôpital de région, assurant les soins techniques et spécialisés. Chaque région gère un secteur des grandes endémies, une brigade d'hygiène, un bureau de l'éducation pour la santé, un bureau de l'alimentation et de la nutrition et un bureau de la statistique. Chaque district de santé reçoit un budget spécial pour l'achat de médicaments et de matériels, distribués aux structures opérationnelles, les centres de santé et les postes de santé, au nombre de 15 à 25, pour une population moyenne de 150 000 à 250 000 personnes.

³¹ Tels que définis lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978.

³² L'initiative de Bamako poursuit un double objectif : d'une part, favoriser l'accès des populations pauvres, notamment celles vivant en milieu rural, aux médicaments essentiels, et d'autre part favoriser la participation communautaire à travers l'implication des comités de santé dans la définition des politiques de santé et la gestion des structures sanitaires, notamment par le recouvrement des coûts.

Pour lutter spécifiquement contre le paludisme, le Ministère de la Santé s'est doté d'un programme national, rattaché au service national des grandes endémies et piloté par la direction de la santé. Pour l'élaboration et la mise en œuvre de son programme de lutte contre le Paludisme, le Sénégal bénéficie du soutien de partenaires extérieurs, tels que l'OMS, l'Unicef, l'union européenne et de nombreuses organisations non gouvernementales internationales (World Vision, Plan International).

En l'absence de données issues du ministère de la santé, les indicateurs sanitaires du Sénégal reflètent une situation problématique : en 2000, on compte en moyenne un médecin pour 10000 habitants, un personnel paramédical pour 3500 habitants, un centre de santé pour 80000 habitants et un poste de santé pour 8000 habitants (PNUD, 2002). Confronté aux importantes charges des dépenses de santé, l'Etat a favorisé l'autonomisation des structures de santé primaires en recherchant la mobilisation des communautés, dans l'idée que « l'autoresponsabilité et la conscience sociale sont des facteurs clés du développement humain » (Rey, 1986). Depuis 1996, la loi de décentralisation consacre le pouvoir des collectivités locales pour les questions de santé, d'éducation et d'environnement. Dans les structures de soins primaires, si l'état intervient dans la prise en charge du fonctionnement des services, de la supervision et de la formation des agents de santé, ce sont les comités locaux de santé qui assurent les aménagements des structures de santé primaires et la rémunération du personnel auxiliaire. Par conséquent, le confort et la taille des locaux, le nombre de personnel auxiliaire actif³³ et leur rémunération, les horaires d'ouverture, le prix de la consultation et des différents médicaments varient d'un poste de santé à l'autre : l'organisation du système sanitaire sénégalais explique l'absence d'une offre de soins biomédicale de première ligne uniforme et homogène.

Le Sénégal bénéficie par ailleurs d'une offre de soins biomédicale privée, souvent de type confessionnelle. Les services de santé rattachés à l'église chrétienne représentent 12 % des structures primaires et fournissent plus de 25 % des prestations liées à la biomédecine (Berche, 1986). Les centres de santé privés confessionnels se caractérisent par une affluence fréquemment supérieure à celle des centres de santé publics, en raison de coûts moyens inférieurs à ceux des dispensaires publics, une plus grande disponibilité en médicaments et une meilleure qualité d'accueil (Berche, 1986 ; Fassin, 1992).

³³ Le personnel auxiliaire est chargé de l'accueil du public, de l'entretien des locaux, de la vente des médicaments, etc

En 2000, la région de Fatick comptait trois départements médicaux, 5 centres de santé, une soixantaine de postes de santé fonctionnels, une cinquantaine de maternités rurales et près de 300 cases de santé ; l'hôpital régional était en construction. Aucun médecin n'exerce à proximité directe du milieu d'étude et, sauf à couvrir des distances supérieures à 15 kilomètres au minimum, la population n'a accès qu'à des soins de première ligne. L'offre publique de soins pour les 29 villages enquêtés compte quatre postes de santé dirigés par un infirmier d'état, situés à Toukar, Niakhar, Diarère et Ngayokhème, dont dépendent deux cases de santé, situées à Kalom et à Bary-Ndondol, qui sont tenues par des agents ayant reçu une formation sommaire. Il existe également une offre de soins privée, avec un dispensaire catholique situé à Dihine et un cabinet situé à Kalom-Ndoffane, tenu par un ancien agent de santé.

Le Ministère de la Santé gère l'approvisionnement des structures sanitaires publiques en médicaments, dans le cadre d'une pyramide articulée autour de la pharmacie nationale d'approvisionnement. Chaque région est dotée d'une pharmacie régionale d'approvisionnement, auprès de laquelle les comités de santé des postes et des centres de santé effectuent des commandes et prennent livraisons des moyens médicaux nécessaires à leur activité. Le système sanitaire sénégalais se caractérise également par l'existence d'un puissant circuit d'approvisionnement parallèle en médicaments. Les marchés parallèles de médicaments s'appuient sur de nombreux acteurs informels revendant des comprimés de toutes origines, dont certains sont des contrefaçons ou issus de contrebande.

2.1.3.2 Le système de soins traditionnels

Au cours des siècles passés, les sereers ont été soumis aux puissantes influences de la chrétienté et de l'islam. De nos jours, la majeure partie de la population se déclare convertie aux cultes judéo-chrétiens. L'attachement aux croyances animistes, transmises de générations en générations, reste cependant très profond : considérant que la société des vivants est le calque de la société des âmes des ancêtres, qui vivent sous la terre ou dans les arbres, les Sereers consultent et honorent en toutes circonstances les pangols³⁴. De fait, tous les champs de la vie sociale sont rattachés à un même registre sacré et les rites pour favoriser les cultures, célébrer les cérémonies familiales ou soigner un enfant malade procèdent d'une même logique (Gravrand, 1983 ; Kalis, 1997 ; Troy, 1999 ; Heidenreich, 2000).

³⁴ Les pangols représentent l'âme des ancêtres

Les croyances, les représentations et les pratiques thérapeutiques Sereer forment un système nosologique complet, fondé sur une conception holistique replaçant l'individu dans la société et dans le cosmos. Le système nosologique, partie intégrante de la cosmogonie Sereer, est articulé autour des notions de principe vital et du culte des ancêtres : les morts en sursis sont des personnes âgées cherchant à voler l'énergie vitale des jeunes pour rester en vie et les pangols, réincarnation d'ancêtres valeureux à leur mort, doivent être honorés et sont susceptibles d'être implorés comme esprits protecteurs (Pélissier, 1966).

La nosologie sereer fait appel à plusieurs modes de désignation de la maladie. La plus courante est sans doute la dénomination descriptive de la maladie, littérale ou métaphorique, désignant les symptômes, l'organe souffrant ou d'autres caractéristiques de la maladie, telles que sa saisonnalité : ainsi les fièvres palustres sont souvent appelées maladies de l'hivernage, *jir ndiig*. Les maladies sont également nommées en raison de la cause attribuée ou de l'agent à l'origine du mal : ainsi, les maladies dites chien, chat, pilon, poule ou palissade marquent la transgression d'interdits envers les animaux ou objets de la concession (Kalis, 1997). La perception de la maladie dépend en premier lieu de la nature des symptômes, de leur durée et de leur intensité, mais les qualités relationnelles que l'individu entretient avec ses proches sont également pris en compte dans la représentation de la cause instrumentale responsable de l'épisode morbide.

Les maladies sont classifiées d'après l'opposition entre le désordre biologique et le désordre social : la nosologie sereer oppose « les maladies de Dieu et les maladies des agents maléfiques. Les premières sont des pathologies naturelles et ordinaires qui relèvent du destin [...]. Les autres ne sont pas naturelles. Les entités responsables sont les ancêtres, les sorciers, les morts en sursis, les djinns, les génies *nguus*, le maraboutage ou magie instrumentale et la transgression d'un interdit » (Kalis, 1997, p.18). Les maladies de dieu regroupent, entre autres le paludisme, les douleurs dentaires, la varicelle, les hémorroïdes, les problèmes de tension, les vertiges, le diabète, la lèpre. Les maladies néonatales associées aux animaux de la concession, le *ngan*, lié au mauvais vent et le *Diid*, provoqué par une vision de l'enfant, celle d'un démon venant lui voler son âme, sont considérées comme des maladies surnaturelles. Les maladies surnaturelles, indissociables de la notion de sorcellerie, assurent un rôle de soupape dans des rapports sociaux très codés. La biomédecine est considérée comme inopérante sur les maladies surnaturelles : elle n'en atteint pas la cause, ne répare pas les transgressions d'interdits et ne peut qu'atténuer l'intensité des symptômes.

Dans les villages étudiés, le nombre de thérapeutes traditionnels en activité est important : chaque individu a dans son entourage immédiat « un individu qui connaît quelques recettes médicinales ou un maître des pangols pour effectuer une libation » (Kalis, 1997, p.116). Les guérisseurs sont majoritairement des hommes, d'un certain âge, qui ne constituent pas un corps professionnel fortement structuré : ils soignent parallèlement à leur activité principale, le plus souvent celle de paysan.

Il existe, dans la tradition sereer, plusieurs types de guérisseurs. Si l'origine et la légitimité des compétences, la nature du savoir et les techniques thérapeutiques employées sont très variées, les distinctions catégorielles entre les différents guérisseurs traditionnels sont avant tout théoriques : dans la pratique, il y a le plus souvent un syncrétisme. La pratique des maîtres du culte est fondée sur une divination géomantique couvrant à la fois les univers religieux et médicaux : ils possèdent une capacité de médiation entre les vivants et les morts, les esprits et les génies leur permettant d'assurer un équilibre dans la relation avec les ancêtres (Heinderich, 2000). Leur intervention thérapeutique s'appuie sur une dimension transcendante visant à « réactualiser le mythe des origines et la conception de l'univers » (Kalis, 1997, p.19) : ils utilisent leur pouvoir sacré pour neutraliser les forces d'agression et régénérer, par le truchement de l'ancêtre, les forces vitales de l'individu. Leurs techniques thérapeutiques visent à manipuler les énergies vitales, cosmiques et divines qui circulent : elles prennent notamment la forme d'échanges à travers des rites de libation et de sacrifice d'animaux visant à réparer les transgressions commises et réaffirmer l'ordre traditionnel.

La tradition sereer reconnaît d'autres techniques thérapeutiques, notamment celles des gardiens des secrets de la pharmacopée. Leur savoir tient à leurs connaissances des plantes, à leur capacité à préparer le traitement efficace en respectant les modalités de récolte, de préparation et d'administration. D'autres thérapeutes utilisent des techniques reposant sur une efficacité gestuelle reconnue : ils possèdent un savoir de l'ordre du magique et soignent à travers la manipulation d'objets, d'ingrédients ou d'incantations. Dans le milieu d'étude, de nombreux thérapeutes pratiquent des incantations associées à un geste de massage dans un mouvement de descente le long des éléments corporels : c'est le *moss*, qui chasse l'entité morbide hors du corps. Ainsi que décrit dans la littérature, il semble que les évolutions sociales au cours des dernières décennies ont rendu inacceptables ou obsolètes certaines pratiques thérapeutiques basées sur une connaissance technique de gestes apaisants et valorisant les pratiques de guérisseurs non spécialisés, possédant un savoir lié à l'élément surnaturel (Fassin, 1992).

Les différents thérapeutes traditionnels prodiguent également des soins préventifs : ils élaborent des remèdes, fabriquent des amulettes, préparent des objets à suspendre ou à brûler dans la maison et pratiquent des scarifications sur le corps afin de protéger l'enfant des maladies.

2.2 Le problème du paludisme à Niakhar

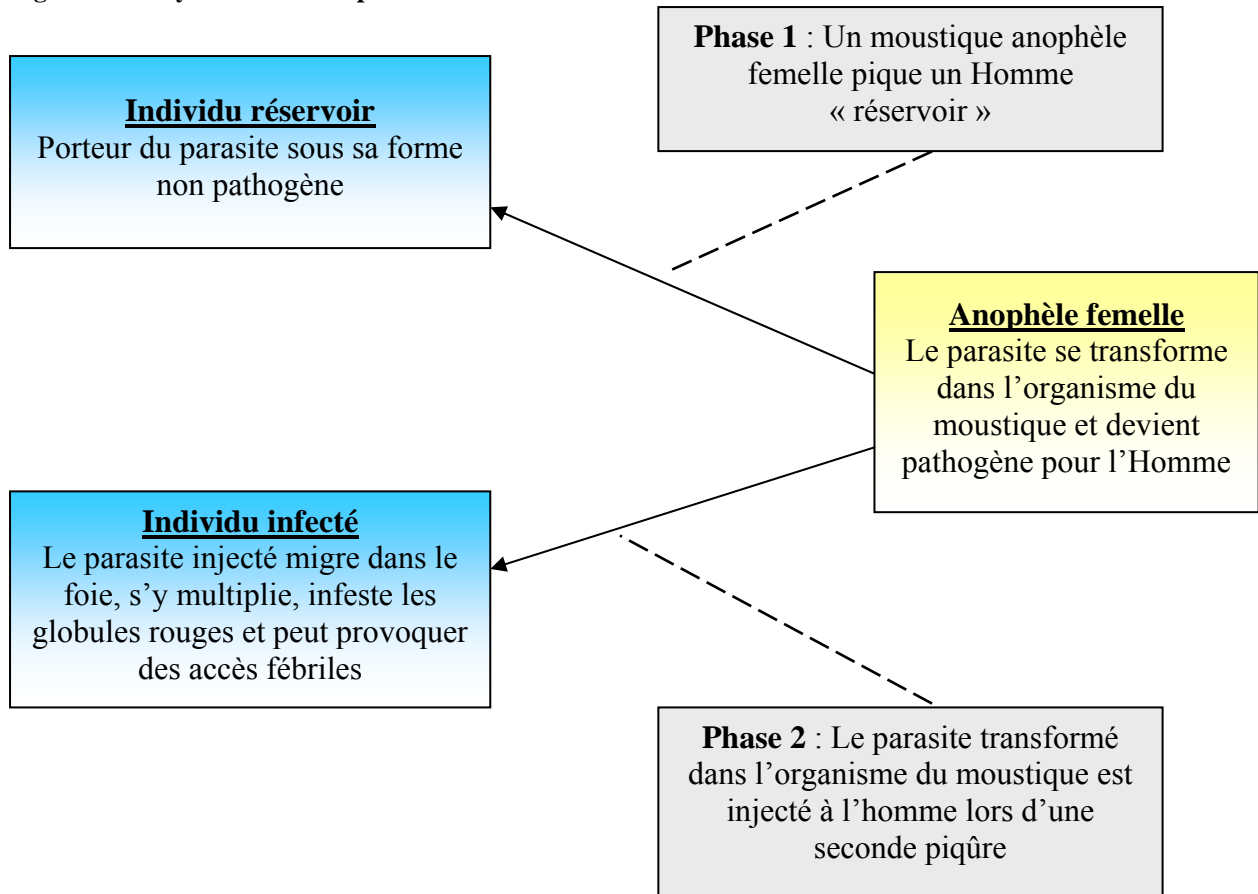
Afin de présenter l'essentiel des caractéristiques du paludisme, nous avons, dans un premier temps, décrit les facteurs et les niveaux de transmission de l'infection palustre à Niakhar. Dans un second temps, nous avons fait un bref état des lieux des stratégies de lutte contre le paludisme.

2.2.1 Caractéristiques du paludisme

Le paludisme, également appelé malaria, est une affection parasitaire fébrile liée à la présence et à la multiplication d'un plasmodium au sein de l'organisme. Le parasite est transmis à l'homme dans le cadre d'un processus évolutif impliquant, en plusieurs étapes, l'homme et un moustique, l'anophèle femelle : l'infection humaine s'effectue en plusieurs stades liés au cycle de reproduction du parasite (figure 2-3 et, pour plus de détails figure annexe 2.1).

L'étape première du cycle conduisant à l'infection palustre de l'homme est le prélèvement, lors d'une piqûre d'un anophèle sur un individu « réservoir » hébergeant des formes asexuées et non pathogènes du parasite, de gamétocytes du parasite. Installés dans l'estomac du moustique, les gamétocytes parasitaires amorcent un processus d'activation sexué et, parvenus à la forme potentiellement infectante de sporozoïte, ils migrent vers les glandes salivaires du moustique. Lorsqu'il pique à nouveau un homme, le moustique injecte dans le sang les sporozoïtes contenus dans ses glandes salivaires. Les parasites migrent alors très rapidement vers le foie où ils se multiplient (stade hépatique). Après une dizaine de jours, une cellule hépatique compte plusieurs milliers de formes évoluées du parasite, appelées mérozoïtes, qui provoquent l'éclatement des hépatocytes. Les parasites, libérés sous forme de schizontes, colonisent les globules rouges.

Figure 2- 3 : Cycle d'infection palustre de l'homme



La multiplication des parasites dans le globule rouge provoque la lyse de la cellule sanguine : c'est la phase pathogène du cycle de plasmodium, qui entraîne de multiples manifestations cliniques (tableau 2-1).

Tableau 2- 1 : Etapes, durée et manifestations de l'infection de l'homme par le parasite

Etapes de l'infection parasitaire	Durée	Manifestations
Circulation sanguine	Moins d'une heure	Phase asymptomatique
Cycle dans le foie	5 à 12 jours en général	
Cycle dans le globule rouge	Quelques jours	
Eclatement des globules rouges	Quelques heures	Apparition des symptômes

Le seul agent de transmission du paludisme à l'homme est l'anophèle femelle, qui pique l'homme dans le but d'assurer la maturation des œufs³⁵. Il existe près de 300 espèces de moustiques anophèles dont 60 sont vectrices de plasmodiums humains. L'anophèle change quatre fois de forme au cours de sa vie, évoluant dans l'eau du stade d'œuf à celui de larve, puis de nymphe délivrant un moustique. Le développement de l'anophèle, son espérance de vie et son potentiel infectant est fortement dépendant de l'environnement.

L'existence de plusieurs espèces d'anophèles présentant des caractéristiques différentes favorise une transmission intense et continue dans toute l'Afrique sub-saharienne, à l'exception des zones montagneuses. Au Sénégal, la majeure partie de la transmission est assurée par le complexe *Anopheles gambiae*, qui sévit en forêt, en savane humide et en savane sèche et par *Anopheles funestus*, particulièrement abondant dans les savanes ouvertes (Brunhes et Coll., 1998). *Anopheles gambiae* se développe dans des collections d'eau peu profondes, non agitées et ensoleillées ; il pique principalement à l'intérieur des cases, avec une activité maximale entre minuit et quatre heures du matin. Les larves d'*Anopheles funestus* gâtent typiquement en eaux profondes, claires et ombragées par la végétation ; il peut parcourir plusieurs kilomètres pour une activité de piqûres débutant au crépuscule et atteignant son maximum dans les quatre dernières heures de la nuit. Dans la savane à une seule saison des pluies, la présence de vecteurs du paludisme est continue : les *Anophèle gambiae* se multiplient rapidement dès les premières pluies et leur densité est maximale dans la seconde moitié de la saison pluvieuse ; la densité d'*Anopheles funestus* augmente bien après le début des pluies et atteint son maximum au début de la saison sèche, au moment où les populations d'*Anopheles gambiae* ont déjà sensiblement diminué.

Chez l'homme, quatre espèces de parasites³⁶ sont susceptibles de provoquer un accès palustre : *Plasmodium malariae*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale* et *Plasmodium falciparum*. Les différentes espèces de parasites, dotés d'une sensibilité différente aux précipitations et aux températures, évoluent dans des aires géographiques différentes : *P. vivax* est absent d'Afrique de l'Ouest, *P. ovale* est circonscrit à l'Afrique centrale, *P. malariae* est principalement présent en Afrique tropicale et dans certaines zones d'Amérique et d'Asie.

³⁵ Les anophèles porteurs des sporozoïtes infectants modifient leurs comportements et le nombre moyen d'hôtes piqués pour atteindre une réplétion complète augmente.

³⁶ Les parasites responsables du paludisme ont été découverts en 1880 par Laveran. Certaines espèces de parasites touchent les animaux. Ils se caractérisent par une grande diversité génétique, avec des génotypes complexes et variables.

Plasmodium falciparum est présent en Asie du Sud, en Amérique Centrale et du Sud, mais est surtout répandu dans les régions tropicales au sud du Sahara : il provoque l'immense majorité des accès palustres au Sénégal.

Les parasites présentent une grande diversité sur les plans morphologique, biologique et génétique, ce qui a amené certains auteurs à parler de paludismes (Baudon, 2000). Ils ont des conséquences différentes sur la santé de l'homme : *P. vivax*, *P. ovale* et *P. malariae* provoquent des fièvres bénignes, mais avec des possibilités de recrudescence sur plusieurs années ; *Plasmodium falciparum* est la seule espèce de parasite à l'origine de fièvres malignes susceptibles d'entraîner la mort.

2.2.1.1 Manifestations cliniques du paludisme

Les manifestations cliniques du paludisme sont à la fois nombreuses et peu spécifiques. En l'absence de signe pathognomonique, le paludisme se manifeste classiquement par des accès fébriles de type grippal ou typhoïdique : « les symptômes sont variables et peuvent être facilement confondus avec ceux d'autres maladies infectieuses ou non »³⁷ (Philipps et al., 1996, p.42).

L'accès palustre de primo invasion peut durer de 10 à 12 heures, durant lesquelles le malade subit typiquement trois phases successives de frissons, de fortes fièvres et de sueurs. Ces symptômes principaux peuvent être associés, en particulier chez l'enfant, à des céphalées, des douleurs abdominales, des vomissements ou des diarrhées. Les pics thermiques, rythmés par l'éclatement des globules rouges, se répètent sur un rythme variable en fonction de l'espèce plasmodiale, tous les deux ou trois jours³⁸.

Les formes graves de paludisme répondent à une série de signes cliniques définis par l'OMS : les principaux critères définissant l'accès pernicieux sont le coma, l'anémie grave (hémoglobine < 5 g/dl), l'insuffisance rénale, la détresse respiratoire, l'hypoglycémie, la prostration, les saignements, la fièvre supérieure à 40°C, les convulsions, l'acidose métabolique, l'hémoglobinurie macroscopique et l'ictère clinique (OMS, 1998).

³⁷ Traduction de l'auteur : « symptoms and signs are variable and can easily be mimicked by other infectious and non-infectious diseases »

³⁸ Les fièvres tierces interviennent tous les deux jours et les fièvres quartes, provoquées par *p. falciparum*, tous les trois jours

Les autorités sanitaires sénégalaises proposent en outre des signes annexes permettant de faciliter le diagnostic de paludisme grave : léthargie, vomissements importants, somnolence, incapacité à boire. Le paludisme grave peut entraîner la mort à travers différents dérèglements immunologiques et selon des mécanismes indépendants. Les accès pernicioeux affectent différemment les individus selon leur âge et le contexte épidémiologique. Trois formes cliniques sont prédominantes : le neuropaludisme, l'anémie grave et la détresse respiratoire.

Le diagnostic clinique du paludisme est difficile en raison du caractère polymorphe de ses manifestations. Un test biologique est indispensable pour confirmer et préciser le diagnostic et, idéalement, plusieurs tests biologiques sont associés en différentes instances : la goutte épaisse, examen de référence de l'OMS, le frottis sanguin mince ou les bandelettes colorables³⁹. Cependant, en Afrique de l'Ouest, la stratégie diagnostique doit s'adapter aux conditions de fonctionnement des structures de santé. Au Sénégal, le diagnostic en poste de santé est le plus souvent basé sur un examen clinique présomptif. S'il est pleinement justifié, le traitement présomptif des accès fébriles ne constitue pas une solution pleinement satisfaisante : il entraîne une marge d'erreur qui majore la pression médicamenteuse.

D'après la littérature, entre 2 % et 5 % des accès palustres provoqués par *P. falciparum* évoluent en paludisme grave et la part des épisodes palustres graves entraînant la mort est évaluée entre 15 % à 30 % ; la mortalité par paludisme toucherait donc de 0,3 % à 1,5 % des épisodes palustres (Baudon, 2000, WHR, 2003 ; Snow et al., 2000). Plus précisément, lors d'une étude menée en Gambie, à quelques centaines de kilomètres de nos villages d'enquête, il a été estimé que de 0,5 % à 1% des épisodes palustres à *P. falciparum* ont une issue fatale (Kram et al., 1995).

Le paludisme a en outre de lourdes séquelles pour l'organisme : il tend à diminuer l'irrigation cérébrale, ce qui atteint les fonctions cognitives, provoque des troubles auditifs et de l'élocution et est la source d'hémiplégie. Par ailleurs, la répétition dans le temps d'accès palustres peut provoquer de la splénomégalie et de l'hépatomégalie ; enfin, de 5 % à 10 % des cas paludismes graves provoquent une atteinte neurologique permanente et des incapacités à long terme irréversibles (WHR, 2003 ; Snow et al., 2000 ; Walter et al., 1997).

³⁹ Tests de recherche de l'HRP2 (Histidine Rich Protein) : ICT

2.2.1.2 Facteurs de susceptibilité individuelle

Le mécanisme conduisant une piqûre infectante à provoquer un accès palustre est complexe : une piqûre infectante n'entraîne pas nécessairement un accès palustre et la charge parasitaire ne conditionne pas systématiquement la gravité de l'accès palustre. Les réponses individuelles à la piqûre infectante dépendent de multiples paramètres : elles varient principalement en fonction du statut immunitaire, de caractéristiques génétiques et de la présence de co-infections (Traoré et al., 1999 ; Domarle et al., 2002 ; Ndiaye et al., 1995).

L'acquisition d'une prémunition est liée à l'établissement d'un équilibre entre l'hôte et le parasite, après une longue exposition de l'individu au plasmodium. L'immunité est relative et labile : elle doit être entretenue par des réinfections multiples et répétées dans le temps. La prémunition induit une tolérance partielle aux parasites, qui limite la propension à développer un accès palustre et contrôle sa gravité. Parmi d'autres facteurs, la densité de vecteurs et de parasites conditionnent l'acquisition de l'immunité. Dans les zones de faible endémie et d'infection épidémique, le contact entre l'homme et le parasite est trop peu fréquent pour permettre la construction d'un état de prémunition : une unique piqûre infectante entraîne fréquemment un accès palustre, avec un risque de décès pour toutes les classes d'âge. Au contraire, dans un contexte de transmission constante ou intense, l'immunité est acquise après plusieurs années d'exposition. En milieu endémique, les groupes ne disposant pas d'immunité sont les plus exposés au risque de paludisme grave : l'essentiel de la morbidité et de la mortalité est donc concentré chez les jeunes enfants (Smith et al., 1994). A Niakhar, la période d'exposition critique concerne les enfants âgés de 6 à 35 mois, avec un niveau de mortalité par paludisme maximal atteint autour de 16 mois⁴⁰ (Delaunay, 1995).

Il existe, outre la résistance immunologique, plusieurs facteurs de résistance innée : « la susceptibilité des individus à développer des accès de paludisme grave varie selon les individus en fonction de caractéristiques génétiques »⁴¹ (Alles et al., 1998, p.374). Les facteurs héréditaires de résistance sont, principalement, la présence d'antigènes dans le sang, la présence de l'hémoglobine S ou F, et une forte rigidité de la membrane des globules rouges.

⁴⁰ Cette période correspond pour l'enfant à la période de transition entre la perte des anticorps maternels et la constitution d'une immunité propre

⁴¹ Traduction de l'auteur : « there are human genetic traits that confer differences in susceptibility to severe malarial disease »

2.2.1.3 Endémie et mortalité palustre à Niakhar

Le niveau de transmission naturel dépend d'une interaction complexe entre l'hôte et l'environnement. L'incidence palustre varie selon les conditions environnementales, en particulier la répartition de la pluviométrie et le volume des précipitations, l'humidité, la température moyenne et ses variations. Elle dépend également de facteurs socio-démographiques, tels que la structure par âge, la densité et l'intensité des migrations, mais également de facteurs économiques, liés aux activités anthropiques, telles l'agriculture, l'utilisation de pesticides, l'irrigation (Inhorn et al., 1997). L'exposition des êtres humains varie encore en fonction de caractéristiques socio-culturelles : formes de l'habitat, implantation, normes d'habillement.

En Afrique, la conjonction de facteurs climatiques et socio-démographiques entraîne une surexposition de la population à l'infection palustre : « l'intensité de la transmission palustre en Afrique sub-saharienne est typiquement une à deux fois supérieure à celle de la grande majorité des autres régions endémiques du monde »⁴² (Alles et al., 1998). Les niveaux d'endémicité en Afrique sub-saharienne reste cependant très variables, en fonction de faciès épidémiologiques différents (Carnevale et al., 1990) : les forêts tropicales ou dégradées, à proximité de fleuves et de plantations, sont des milieux de forte transmission où chaque individu reçoit plusieurs centaines de piqûres infectantes par an (PIHA)⁴³ ; en savane et dans les zones à transmission saisonnière, l'exposition est importante, avec, selon les localités, quelques dizaines à plusieurs centaines de PIHA ; les régions sahéliennes ont une transmission courte caractérisées par quelques PIHA.

Le Sénégal est caractérisé par une forte hétérogénéité des niveaux d'endémicité : la transmission est saisonnière dans la majeure partie du pays, mais avec un faciès sahélien au Nord et tropical dans les régions du Sud ; le paludisme sévit de manière épidémique en zones urbaines. 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* (Sokhna, 1997).

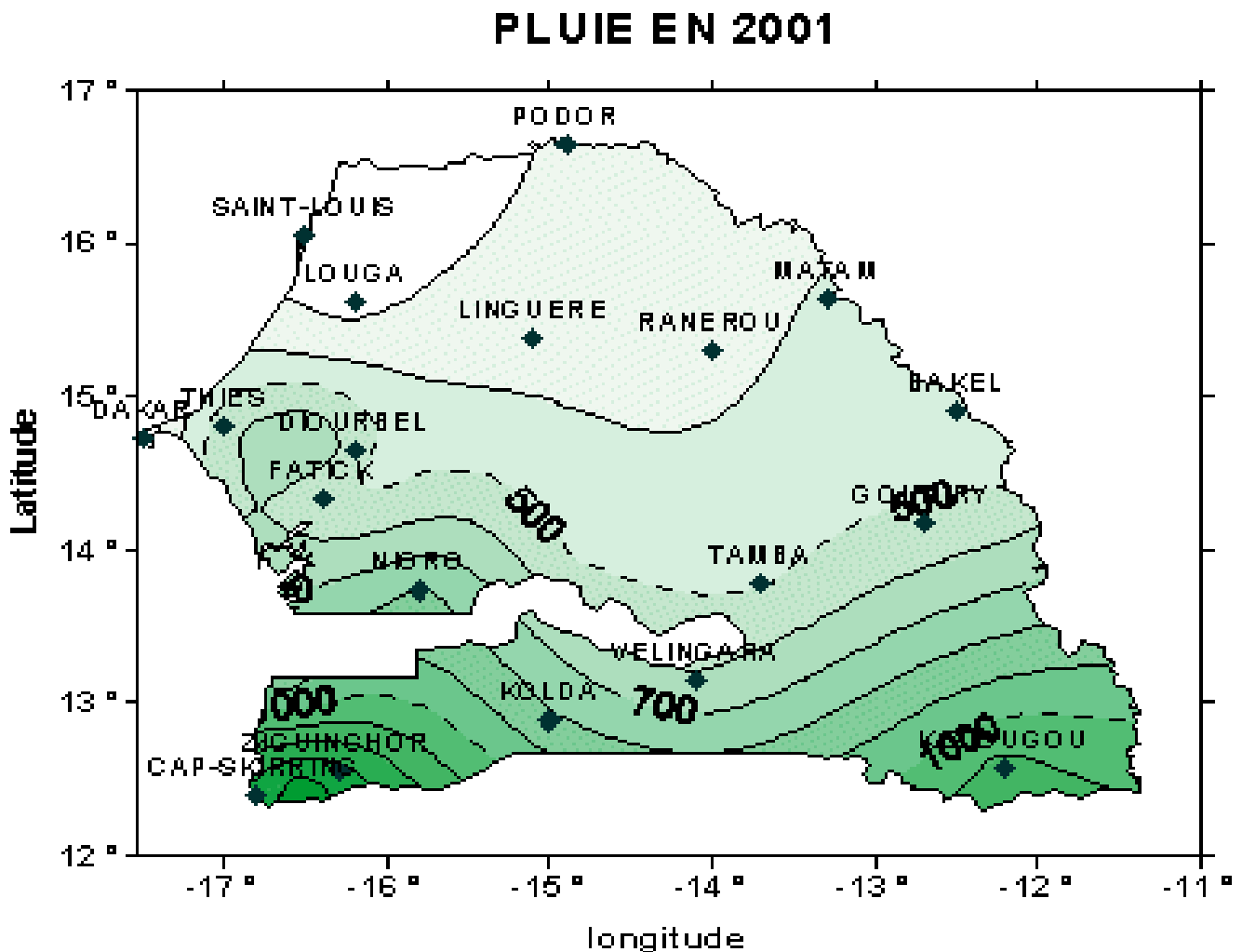
⁴² Traduction de l'auteur : « malaria transmission intensities in sub-saharan Africa are typically one or two orders of magnitude greater than those that occur in most other malaria-endemic regions of the world »

⁴³ PIHA : piqûres infectantes par homme et par an. C'est un taux d'inoculation entomologique exprimé pour une unité de temps. Il existe plusieurs indicateurs permettant de classer les contextes épidémiologiques en plusieurs catégories, en fonction de l'intensité de la transmission et de sa durée dans le temps

Les villages étudiés sont soumis à une endémie palustre de type soudano-sahélienne avec de 9 à 12 pi/H/an (Robert et al., 1998). La transmission connaît de fortes variations saisonnières liées à la pluviométrie : elle est presque interrompue lors de la saison sèche, et notamment dans la période allant de février à mai, mais est élevée lors de la saison des pluies, de juillet à octobre, avec un maximum en septembre où l'indice plasmodique dépasse 50 %⁴⁴ (Robert et al., 1998) (tableau annexe 2.2)

L'infection palustre varie selon la pluviométrie (Ndiaye et al., 2001). L'année de l'enquête, en 2001, la pluviométrie enregistrée est de l'ordre de 550 mm, soit très légèrement plus que la moyenne des années 1990 (figure 2-4). Cependant, l'indice plasmodique a été évalué à près de 50 % en Septembre et en Novembre ; le niveau moyen d'infection était relativement élevé en Septembre (6400 trophozoites/ml).

Figure 2- 4 : Cartes de la pluviométrie au Sénégal en 2001



⁴⁴ En saison des pluies, la région de Fatick est qualifiée d'hyper-endémique (tableau annexe 2.2).

Dans la région de Fatick, la mortalité palustre est concentrée chez les enfants, en particulier ceux âgés de moins de 5 ans : en hausse au cours des années 1990, la mortalité attribuable au paludisme a atteint 12,4 ‰ pour les enfants âgés de moins de 5 ans et 3,3 ‰ pour les 5-9 ans (Trape et al., 1998) : elle représentent la cause de 20 % à 25 % des décès infanto-juvéniles, c'est-à-dire la seconde cause de décès dans l'enfance (Delaunay, 1998).

2.2.2 La lutte contre le paludisme

Le paludisme est une maladie infectieuse ancienne, dont le caractère endémique remonte à l'augmentation des densités humaines lors de l'introduction de l'agriculture (Bruce-Chwatt, 1988). Si le paludisme a pu être éradiqué d'Europe et des Etats-Unis, l'intensité de la transmission en Afrique rend son contrôle particulièrement délicat.

La lutte contre le paludisme s'appuie à la fois sur des actions préventives et des soins curatifs. Depuis les premiers programmes de lutte contre le paludisme, les stratégies mises en place par les autorités sanitaires ont profondément évolué. Le plan stratégique pour faire reculer le paludisme au Sénégal pour la période 2001-2005 associe différents niveaux d'actions (PNLP, 2001), reprenant les orientations définies à Abuja en 2000, les recommandations de l'initiative africaine pour la lutte contre le paludisme de 1997 et du programme Faire reculer le paludisme/ Roll Back Malaria de l'OMS.

2.2.2.1 La lutte préventive

En l'absence de vaccin immunisant l'homme contre le paludisme⁴⁵, la lutte préventive repose sur la réduction du nombre de piqûres infectantes chez l'homme et le renforcement de la résistance de l'individu au parasite.

⁴⁵ Dans l'état actuel des recherches, les deux principales difficultés pour l'élaboration d'un vaccin sont le polymorphisme des plasmodiums et l'évolution successive du parasite en différentes formes induisant des réponses immunitaires différentes. L'élaboration et la diffusion d'un vaccin semble difficilement réalisable avant 2010

La lutte antivectorielle repose sur de multiples interventions (Mouchet, 1999). Les principales actions sur l'environnement consistent à réduire les gîtes larvaires (assèchement des marais, introduction de poissons mangeurs de larves) et à diffuser des insecticides à effet rémanent pour modifier le cycle de vie du parasite ou du vecteur. Historiquement, les premières stratégies de lutte contre le paludisme ont visé l'éradication de la maladie par arrêt de la transmission. Dans les années 1950 et 1960, l'OMS a développé un programme spécifique, basé sur la pulvérisation à grande échelle de l'agent chimique DDT dans les maisons. Dans le cadre d'une convention passée avec l'OMS et l'UNICEF, des épandages massifs ont été menés, entre autres, dans la région de Fatick au Sénégal. Bien qu'ayant permis d'éradiquer le paludisme dans plusieurs dizaines de pays de différents continents, la lutte anti-vectorielle a connu un succès limité en Afrique sub-saharienne, en partie en raison de la dispersion de l'habitat du vecteur. L'arrêt de la stratégie d'utilisation de produits chimiques est également liée au développement de résistances aux pyréthrinoïdes de certaines souches de vecteurs.

Dès la fin des années 1950, l'OMS privilégie la chimio-prophylaxie à base de chloroquine pour les enfants et les femmes enceintes : elle confère à l'individu une prémunition partielle limitant l'impact des plasmodiums. Le programme de chimio prophylaxie est élargi à l'ensemble du Sénégal en 1963 et, pendant 15 ans, la chloroquine est distribuée à prix coûtant aux coopératives de paysans. Les résultats en terme de morbidité et de mortalité, bien qu'inégaux selon les régions, sont globalement insuffisants, principalement en raison des problèmes d'observance de la prophylaxie (Pison, 1995): le nombre de comprimés distribué est de 3 à 10 fois inférieur à ce qu'une prévention efficace aurait exigés et l'utilisation des comprimés est souvent détournée pour des traitements curatifs ou pour des adultes (Cantrelle et al., 1986). La chimio prophylaxie de masse est abandonnée entre 1993 et 1995 pour les enfants, mais l'habitude d'ingestion de comprimés pour prévenir les accès fébriles accompagnant la saison des pluies reste vivace.

Depuis la fin des années 1990, les actions visant à limiter le contact entre l'être humain et les vecteurs du parasite sont principalement axées sur l'utilisation de matériaux imprégnés de pyréthrinoïdes (PNLP, 2001). En particulier, les moustiquaires sont plébiscitées pour «leur protection puissante contre la transmission du paludisme, lorsqu'elles imprégnées d'insecticides»⁴⁶ (Kram et al., 1995, p. 153).

⁴⁶ Traduction de l'auteur : « provide powerful protection against malaria when treated with insecticide »

2.2.2.2 L'offre curative

Le volet de prise en charge des épisodes fébriles occupe une place centrale dans le programme de lutte : « dans la pratique, la lutte pour le contrôle de la morbidité et de la mortalité palustre en Afrique reste quasiment exclusivement basée sur le traitement clinique des épisodes »⁴⁷ (Snow et al. 2001). La lutte curative vise à mettre à la disposition des malades des traitements efficaces, accessibles et adaptés, pour une guérison clinique rapide et définitive.

Le paludisme grave pouvant avoir une issue fatale en quelques jours, les recommandations de santé publique insistent sur la nécessité de pratiquer un diagnostic et un traitement rapide. L'organisation Mondiale de la Santé privilégie depuis quelques années une stratégie basée sur un diagnostic précoce des cas présomptifs associé à un traitement rapide (WHO, 1993). Dans cette perspective, les autorités sanitaires sénégalaises recommandent une prise en charge des épisodes fébriles dans les structures sanitaires mais également dans la communauté (PNLP, 2001).

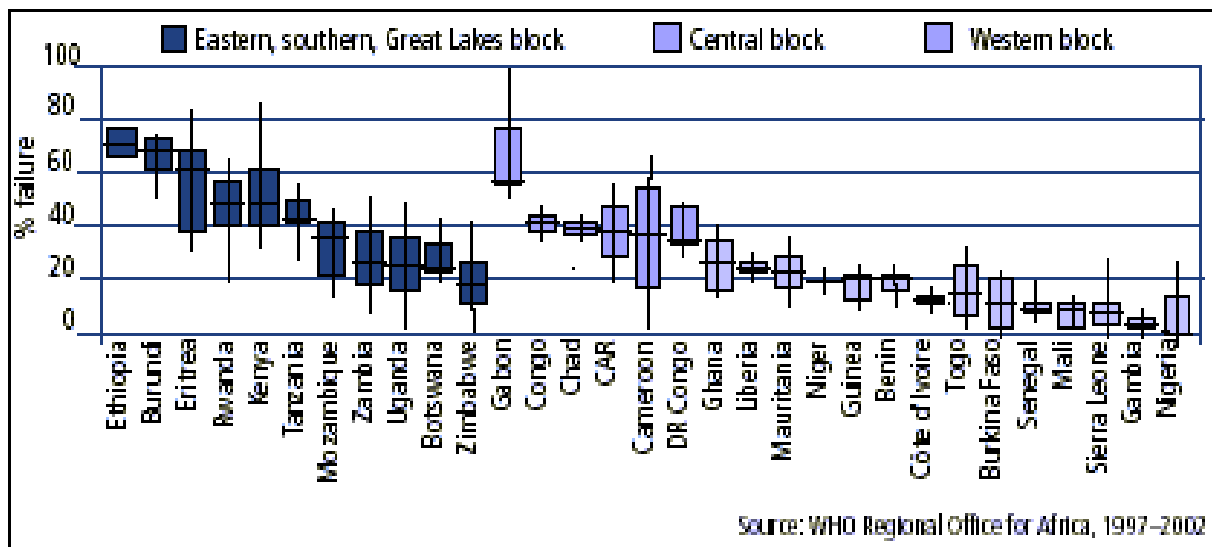
En 2001, conformément aux recommandations de l'OMS, au Sénégal, le traitement de première ligne du paludisme reposait en priorité sur la chloroquine, avec un protocole d'administration très précis⁴⁸. En cas de vomissements, le traitement de référence est la quinine, injectée en intra veineuse. Introduite à partir du milieu des années 1940, la chloroquine s'est imposée comme le meilleur protocole de première ligne pour le traitement de masse de la population. Cependant, au cours des dernières décennies, des phénomènes de chimio-résistances à la chloroquine se sont développés rapidement : d'abord observés en Asie, ils ont été signalés vers le milieu des années 1970 en Afrique de l'Est puis au cours des années 1980 en Afrique de l'Ouest. Depuis le début des années 1990, la chimiorésistance, définie comme l'aptitude d'une souche de parasites du paludisme à survivre ou à se reproduire malgré l'absorption d'un médicament à doses recommandées⁴⁹, concerne presque tous les pays endémiques, mais à des niveaux différents (figure 2-5).

⁴⁷ Traduction de l'auteur : « In Africa, control of malarial morbidity and mortality rests in practice almost entirely on the treatment of clinical episodes »

⁴⁸ Le traitement simple repose sur une posologie de 25 mg/kg répartis sur 3 jours

⁴⁹ La chimiorésistance de *P. falciparum*, qui possède une grande capacité de mutation et de stabilisation de la résistance à la chloroquine a été observée in vitro et in vivo, avec la persistance de parasites dans les hématies du malade 7 jours après le début d'un traitement bien conduit. L'évaluation de la résistance se fait à partir de trois seuils de résistance: celui où les parasites ont disparu au 7^{ème} jour puis réapparaissent, celui où la parasitémie diminue et celui où la parasitémie ne diminue pas.

Figure 2- 5 : Estimations de l'échec thérapeutique de la chloroquine en Afrique⁵⁰ (WHO, 2002)



La résistance à la chloroquine est apparue au Sénégal à la fin des années 1980, avec pour conséquence directe une hausse de la mortalité palustre au milieu des années 1990 (Trape, 1998 ; Sokhna et al., 1997 ; Desgrées Du Lou, 1996). La chimio résistance s'étend aujourd'hui à tout le territoire, avec une intensité différente selon les régions : plusieurs ont dépassé le seuil de 25 % d'échec thérapeutique à la chloroquine au delà de laquelle le changement de molécule s'impose ; à Niakhar, l'échec thérapeutique de la chloroquine est supérieur à 15 %.

Le développement des résistances de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine a amené plusieurs pays d'Afrique australe et de l'Est à redéfinir leur protocole thérapeutique (WHO, 2002). Au cours des années 1990, le Malawi, le Kenya, puis le Botswana et l'Afrique du Sud ont remplacé la chloroquine par d'autres anti-paludiques, avec des principes d'action et des propriétés différents⁵¹. Au Sénégal, l'élévation du seuil de résistance thérapeutique à la chloroquine dans plusieurs régions a poussé en 2003 les autorités sanitaires sénégalaises à modifier le protocole de première ligne, au profit de bi-thérapies. De manière transitoire, les protocoles sont basés sur un traitement combiné de sulfadoxine-pyriméthamine et d'amodiaquine⁵² ; à terme, les stratégies s'orientent vers l'utilisation des dérivés d'artémisinine, constitués à partir des vertus d'une plante asiatique, nommée *qinghaosu*.

⁵⁰ Résultats de 126 sites sentinelles répartis sur 36 pays africains

⁵¹ Les médicaments anti-paludiques sont issus de plusieurs groupes chimiques ; certains tuent les schizontes, d'autres bloquent la multiplication des mérozoïtes. Parmi les principaux médicaments existants : le dapsonne, le proguanil, la pyriméthamine, l'amodiaquine, la méfloquine, l'halofantrine, l'artémether et la primaquine.

⁵² Doses de 25 mg/kg de sulfadoxine, 1,25 mg/kg de pyriméthamine (un jour) et d'amodiaquine à raison de 10 mg/kg par jour et pendant 3 jours

2.3 Méthodologie d'enquête

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche de l'IRD et de l'IFAN sur « les facteurs culturels et socio-économiques d'acceptabilité des médicaments antipaludéens chez l'enfant en zone rurale au Sénégal », financé par le Ministère français de la recherche (programme PAL+). Ce programme de recherche inclut trois volets complémentaires associés dans une dynamique d'interdisciplinarité : outre l'étude socio-démographique, le programme comprend une étude anthropologique et une étude épidémiologique⁵³.

Impliqué dans l'étude dès le financement du programme, j'ai été, en collaboration et sous la direction de Richard Lalou, Agnès Adjamagbo et Valérie Delaunay (IRD, UMR 151), en charge de la réalisation de l'ensemble des étapes de cette recherche : la définition de l'approche conceptuelle, l'élaboration des procédures méthodologiques, la conception des questionnaires, la formation des enquêteurs, la supervision sur le terrain de la collecte des données, le contrôle des questionnaires, la codification des données, le suivi des opérations de saisie informatique et le nettoyage des fichiers. La méthodologie de collecte des données a été élaborée par étapes, après le déroulement préliminaire d'observations *in situ* et à la suite d'entretiens pour lesquels j'ai effectué, à plusieurs reprises, des séjours de quelques semaines dans l'un des villages d'étude.

Notre étude repose sur les données d'une enquête rétrospective en population générale collectées par questionnaires quantitatifs à questions fermées et semi-ouvertes. La collecte des données repose sur une procédure de sélection, des critères d'inclusion et des choix méthodologiques spécifiques.

⁵³ La population d'étude a également fait l'objet d'enquêtes sur les comportements de recours aux soins à partir de focus-groups, d'études de cas approfondies et d'autopsies verbales

2.3.1.1 Procédure de sélection et critères d'inclusion

Nous avons réalisé un passage exhaustif auprès de l'ensemble des ménages appartenant aux 29 villages enquêtés. Notre zone d'étude diffère légèrement de la zone d'étude dite de Niakhar, dans la mesure où les enfants de deux villages, Poudaye et Mboyene, et de plusieurs hameaux des villages de Toukar et de Diohine, intégrés à un autre protocole de recherche au moment de l'enquête bénéficiaient d'une prise en charge médicale excluant le principe même d'une étude sur les comportements de recours aux soins. Notre base de sondage primaire est constituée de l'ensemble des enfants de 10 ans habitant la zone d'étude. Pour l'organisation de la collecte, nous nous sommes appuyé sur les informations de la base de données de l'IRD afin de découper les concessions incluses dans la couverture exhaustive en 77 unités primaires comprenant chacune 100 enfants âgés de moins de 10 ans, avec une marge de variation plafonnée à 20 %.

La procédure de sélection repose sur la sélection d'un enfant malade au maximum par ménage. Ce choix, basé sur la littérature, vise à éviter les effets de grappe⁵⁴ (Gage, 1997). Pour contrôler les effets d'âge, de sexe, de rang de naissance ou de lien de parenté par rapport au chef de concession dans la sélection de l'éventuel enfant intégré au protocole d'enquête, nous avons procédé à un tirage aléatoire, ménage par ménage, de la population des moins de 10 ans. Ce tri aléatoire de l'ensemble des enfants âgés de moins de dix ans s'est appuyé sur les données issues du recensement exhaustif de la population assuré par les équipes IRD de l'observatoire de population de Niakhar. Au cours de la collecte des données, la condition de l'enfant au regard des critères d'inclusion a été examinée selon l'ordre prédéfini lors du tirage aléatoire : dans un ménage comptant plusieurs enfants répondant aux conditions d'éligibilité du protocole d'enquête, seul le premier nom sorti lors du tri aléatoire a été enquêté.

Au sein de chaque ménage, la sélection de l'éventuel enfant inclus à l'échantillon d'enquête repose sur deux critères liés aux caractéristiques de l'épisode morbide : l'un concernant la période de référence et l'autre concernant la nature de la maladie. Il est consensuellement admis de privilégier l'étude de maladies récentes, après une courte période de référence, estimée à deux semaines (Kroeger, 1983b). Cependant, la revue de la littérature souligne l'existence de grandes disparités dans la définition de la période de référence (tableau 2-2).

⁵⁴ Il peut cependant induire une surreprésentation des ménages de grande taille, où les chances de trouver un enfant répondant aux critères d'inclusion sont supérieures

Tableau 2- 2 : Période de référence et nature des épisodes morbides prise en compte dans 19 études

Région d'étude	Durée de rappel	Morbidité enquêtée
Mali, Bandiagara	6 mois	Général
Kenya, Kilifi	2 Semaines	Paludisme
Nigeria, Oyo	3 semaines	Infections respiratoires
Rwanda, Giciye	1 semaine et 1 mois	Général
Uganda, Kampala	Suivi de consultants	Paludisme
Burkina-Faso, Ouagadougou	2 semaines	
Sri Lanka, Kurunegala	2 Semaines	Général
Zambie, plusieurs sites	3 semaines	Fièvre et convulsions
Kenya, plusieurs sites	2 Semaines	Fièvre et convulsions
Kenya	2 semaines	Général
Inde	1 Mois	Paludisme
Cameroun	2 semaines	Toutes maladies
Cameroun	2 semaines	Toutes maladies
Kenya, Bungoma	2 semaines	Fièvres, moustiquaires

Afin d'optimiser la qualité des données recueillies, de limiter les biais liés aux effets de mémoire et les pertes liées aux déplacements d'individus, nous avons choisi comme période de référence minimale 6 jours et nous avons fixé à 18 jours la durée maximale entre le début de la maladie et le passage de l'enquêteur.

Le second critère de sélection s'intéresse à la nature de la symptomatologie présentée par l'enfant. Les manifestations cliniques du paludisme ne permettant pas, en l'absence de tests biologiques, un diagnostic certain et définitif, nous avons choisi, pour éviter à des enquêteurs non qualifiés de poser un diagnostic, de nous intéresser à l'ensemble des épisodes de fièvres palustres présomptives. Reprenant les directives des autorités sanitaires sénégalaises, « la présomption [de paludisme] sera basée uniquement sur la présence ou sur les antécédents récents de fièvre ou « corps chaud » associée ou non à des céphalées, vomissements, frissons, sueurs ou algies» (PNLP, 2001, p.30).

Dans cette définition large, les critères d'inclusion au protocole d'enquête sont la présence de fièvre, accompagnée ou non d'autres symptômes⁵⁵ ; seuls les épisodes morbides correspondant à des fractures, des plaies ou des brûlures ont été exclus de notre protocole de recherche. Ainsi défini, notre objet d'étude concerne une symptomatologie se rapprochant de celle du paludisme : à Niakhar, entre septembre et novembre, plus de 80 % des fièvres sont d'origine palustre. Dans la mesure où l'identification présomptive, subjective et contextuelle, est soumise à une forte marge d'approximation (PNLP, 2001), la totalité des épisodes enquêtés ne correspondant pas nécessairement à du paludisme biomédical ; notre champ de recherche reste cependant spécialisé, par opposition aux enquêtes portant sur une morbidité générale (tableau 2-2).

2.3.2 Spécificités méthodologiques

2.3.2.1 Interrogation de plusieurs personnes par épisode morbide

Le choix d'interroger plusieurs personnes pour chaque épisode morbide vise à recueillir l'information la plus précise et la plus complète possible. Dans la mesure où, par exemple, les réponses fournies par la mère de l'enfant au sujet de la posologie d'un traitement administré par le père de l'enfant ne peuvent être considérées comme recevables, nous avons systématiquement cherché à interroger les acteurs effectifs du recours aux soins de l'enfant. De ce point de vue, l'originalité de la méthodologie d'enquête tient au positionnement de la réflexion non au niveau de l'individu mais au niveau du couple parental : la mère et le père de l'enfant sont systématiquement interrogés mais également les autres personnes qui sont intervenues dans la conception ou la mise en œuvre du premier soin à domicile ou du premier recours externe, dans la limite de deux personnes au maximum. Lorsque plusieurs personnes *autres* sont intervenues au cours de l'épisode morbide, elles ont été sélectionnées selon un algorithme précis évaluant le niveau de leur intervention.

⁵⁵ Les symptômes cliniques du paludisme ne permettent pas un diagnostic clinique définitif, en l'absence de tests biologiques : il s'agit ici de travailler dans une perspective présomptive.

2.3.2.2 Le suivi de la symptomatologie

La revue de la littérature souligne le manque récurrent d'informations sur la nature exacte des symptômes présentés, sur leur intensité, leur durée et leur évolution dans le temps (Baume et al., 2000). Elle met également en avant le manque de connaissances sur les délais de mise en œuvre des actes thérapeutiques et sur la dynamique évolutive liant dans le temps la symptomatologie et les pratiques thérapeutiques : il y a un «manque d'informations suffisamment détaillées sur la nature et le calendrier de la maladie et des comportements thérapeutiques»⁵⁶ (Goldman et al., 2000, p.145).

Partant du constat « qu'un épisode morbide ne peut être correctement décrit ou classé sans une description complète des symptômes »⁵⁷ (Goldman et al., p.146, 2000), notre méthodologie de recherche vise à collecter un maximum d'informations sur les caractéristiques de l'épisode morbide. Face aux « insuffisances du questionnaire à rendre compte de la complexité des faits » (Fassin, 1992, p.167), nous avons élaboré une technique d'enquête décrivant l'évolution des caractéristiques de la maladie dans le temps.

En nous inspirant de modèles employés dans d'autres études, nous avons procédé, préalablement au passage des questionnaires, au renseignement d'une fiche, nommée fiche Récamal (Antoine et al., 1991; Molyneux, 2002). La fiche récamal récapitule, jour après jour, l'ensemble des informations sur la symptomatologie et sur l'historique des soins pratiqués, depuis l'apparition de la maladie jusqu'à la guérison ou le passage de l'enquêteur. L'algorithme de la maladie dressé à travers la fiche récamal permet de caractériser les épisodes morbides en fonction de la nature des symptômes, de leur sévérité et de leur durée dans le temps (tableau annexe 2.4).

⁵⁶ Traduction de l'auteur : « lack of sufficiently detailed information about the nature and timing of illness and treatment behaviour »

⁵⁷ Traduction de l'auteur : « illness cannot be properly described or classified without a fairly complete report of symptoms »

Le renseignement de la fiche récamal se fait en trois étapes, avec une interaction permanente entre la répondante et l'enquêteur. Dans un premier temps, la mère expose librement, en fonction de ses choix propres, les caractéristiques de la maladie et des soins pratiqués : elle est dégagée de tout formatage des informations en fonction de séquences prédéfinies. Dans un second temps, l'enquêteur guide la mère de l'enfant, en lui demandant, jour après jour, les caractéristiques de la maladie, en terme de fièvre, de vomissement, d'indisposition et d'autres symptômes, puis des actes thérapeutiques pratiqués.

Au cours de l'entretien, l'enquêteur amène la mère de l'enfant à qualifier l'intensité des différents symptômes : la fièvre est codée en trois niveaux (fièvre faible, moyenne et intense) et les vomissements selon leur nombre. Il recueille les informations dans leur dimension chronologique, ce qui permet l'étude des interactions entre l'évolution de la symptomatologie et les soins. Enfin, après avoir guidé la mère pour la description de la symptomatologie et de l'historique des soins, l'enquêteur récapitule les informations fournies. Il cherche alors à reconstituer l'enchaînement chronologique des événements et, en situant les événements les uns par rapport aux autres, il vérifie, avec la mère de l'enfant, la cohérence du récit. Dans le contexte d'une population qui n'a, le plus souvent, jamais été scolarisée, cette étape de rappel, déjà mise en place dans d'autres études, permet d'éviter les omissions et de fiabiliser la description de l'itinéraire thérapeutique (Ryan, 1998).

2.3.3 Les questionnaires

Ayant choisi d'interroger plusieurs adultes référents de la santé de l'enfant pour chaque épisode morbide enquêté, nous avons élaboré trois types de questionnaires différents et complémentaires : un pour la mère de l'enfant, un pour le père de l'enfant et un pour les éventuelles autres personnes étant intervenues dans le recours aux soins. Dans l'objectif de recueillir l'information la plus précise, l'architecture des questionnaires est conçue pour que les questions sur les actes thérapeutiques soient posées aux acteurs effectifs du recours aux soins de l'enfant. Les trois questionnaires ont une forme et une structure commune et sont liés entre eux par un ensemble de filtres permettant, à partir des réponses données dans le questionnaire *Mère*, de sélectionner les questions à poser au *père* ou aux personnes *autres*.

Les trois questionnaires collectent, à partir d'un nombre variable de modules, plusieurs types d'informations. La structure commune des questionnaires comprend cinq modules principaux. Le module D décrit, pour les deux premiers soins à domicile pratiqués, leur nature, les conditions de prise de décision, les conditions d'approvisionnement et d'administration, le coût et sa prise en charge financière. Le module E décrit, pour les deux premiers recours externes, leur nature et leur localisation, les conditions de prise de décision, de mise en œuvre des soins et d'administration des traitements, le coût des prestations et sa prise en charge financière. Le module F dresse un bilan de la maladie, à travers la perception de sa nature, de ses causes, de l'état de santé de l'enfant et de l'efficacité des soins. Le module G décrit les représentations et les attitudes en matière de santé, les connaissances des symptômes, des causes et des traitements du paludisme, la répartition théorique des normes de prise en charge de la maladie de l'enfant au sein de la sphère familiale. Le module H décrit les caractéristiques socio-démographiques de la personne interrogée, les modes de sociabilité, l'expérience migratoire, l'utilisation de l'offre de soins biomédicale et les sources de revenus monétaires. En outre, le questionnaire mère est complété d'un module, noté B, décrivant les caractéristiques générales de l'enfant et ses antécédents médicaux. Le questionnaire père est lui complété par un module K portant sur des questions précises en matière de représentations, d'attitudes et de pratiques en matière de santé.

2.3.4 La collecte des données

L'équipe chargée de la collecte des données est composée de huit enquêteurs et de deux contrôleurs, dont 7 hommes et 3 femmes. Tous les enquêteurs ont une solide expérience d'enquêtes de population, et, pour la plupart, ont travaillé sur d'autres études menées par l'IRD. Ils sont tous originaires de la région d'étude et maîtrisent parfaitement l'idiome sereer.

Les deux contrôleurs bénéficient également d'une longue expérience de contrôle d'enquêtes en population. L'ensemble de l'équipe a suivi une formation de deux semaines au cours du mois de Septembre 2001, animée par Richard Lalou et moi-même.

La première semaine de formation, tenue à Dakar, a permis de sensibiliser l'équipe de collecte à la problématique et aux objectifs de recherche, de les confronter aux difficultés du questionnaire, aux modalités de sélection et à l'éthique de recherche. Elle a également permis d'identifier les vocables sereers à utiliser dans la traduction du questionnaire. La seconde semaine de formation, effectuée *in situ* à Niakhar, a permis de procéder à des mises en situation et des tests d'application visant à la maîtrise technique du questionnaire et des procédures de sélection.

Les huit enquêteurs ont été répartis en deux équipes indépendantes. Chaque équipe d'enquêteurs a été encadrée par un contrôleur, chargé d'organiser le recueil des données et de veiller au respect des procédures méthodologiques définies par le protocole d'enquête. Les contrôleurs ont également assuré un suivi quotidien des données collectées, avec, le cas échéant, un retour des questionnaires sur le terrain pour complément d'information. Sous notre supervision, les équipes se sont réunies deux fois par jour : l'une, le soir, pour la remise des questionnaires et pour préparer le contrôle des informations collectées ; le matin, pour revenir sur les questions nées du contrôle des questionnaires et la définition des opérations de collecte à venir. Ma présence continue sur le terrain a permis de renforcer le contrôle des données, notamment à travers une seconde vérification systématique, après celle effectuée par les contrôleurs, de l'ensemble des questionnaires et a facilité la résolution de multiples soucis logistiques.

Avant le lancement des opérations de collecte des données, nous avons procédé à une campagne d'information sur la nature du programme de recherche, ses objectifs et sa méthodologie auprès des autorités locales. Dans chaque village, préalablement au passage dans les concessions, une rencontre avec le chef de village a été systématiquement tenue, tant pour recueillir son aval que pour renforcer l'adhésion de la population à notre démarche d'enquête. Enfin, préalablement à chaque entretien, les enquêteurs ont présenté aux populations la nature de notre recherche et ses objectifs.

L'enquête a été menée du 1^{er} Octobre au 30 Novembre 2001, en période de prolifération palustre maximale, où le paludisme est de loin la première cause de morbidité. Les enquêteurs ont travaillé du Lundi au Vendredi, en aménageant les horaires de travail aux disponibilités de la population. Ainsi, les premières semaines, les équipes partaient tôt sur le terrain ; à mesure que les travaux agricoles éloignaient les adultes des concessions, notre emploi du temps a été aménagé en fonction du rythme de travail.

Le plus souvent, les entretiens se sont déroulés dans les concessions ; néanmoins, les enquêteurs ont également été à la rencontre des populations dans les champs. Pour garantir la liberté de réponse de la personne interrogée, nous avons cherché à mener les entretiens de manière individuelle : plus de 85 % des entretiens avec la mère de l'enfant ont pu se dérouler seuls avec l'enquêteur et moins de 2 % des entretiens ont été tendus ou difficiles à mener à terme. Les refus de répondre partiellement ou complètement aux questions, formulés par cinq personnes, sont marginaux et représentent moins de 0,5 % des cas enquêtés. Le passage du questionnaire Mère a duré en moyenne une heure, les questionnaires Père et Autres prenant généralement moins de 45 minutes.

L'ensemble des enfants intégrés au protocole de recherche a bénéficié d'une prise en charge médicale assurant la gratuité de soins jusqu'à guérison au sein d'une structure biomédicale au choix parmi celles de Toukar, Diohine et Ngayokhème. Les résultats qui pourront être dégagés de cette enquête feront l'objet d'une restitution locale, à trois niveaux : par des rencontres dans les établissements scolaires touchant les adolescents résidant dans la zone, par des émissions radiophoniques rendant compte des principaux enseignements et par des actions au niveau des dispensaires.

Après la collecte de terrain, nous avons constitué le fichier d'analyse en trois grandes étapes. Un agent chargé de la codification a procédé à un recensement à visée exhaustive de l'ensemble des réponses fournies aux questions semi-ouvertes des trois questionnaires. Sur la base de ce travail, nous avons élaboré, au cours du mois de Janvier 2002, un dictionnaire recodant l'ensemble des réponses n'entrant pas dans les catégories prédéfinies dans le questionnaire. La saisie a été effectuée, sous notre supervision, au cours du mois de Mars 2002, par quatre agents spécialement formés. Des données de l'observatoire de population de l'IRD ont été agrégées au fichier. Pour limiter les erreurs de saisie et fiabiliser nos données, nous avons multiplié les procédures de contrôle. En particulier, nous avons eu recours à un programme informatique dont le masque de saisie assure une batterie de tests de cohérences entre les informations. De plus, la fiche Récamal a fait l'objet d'une double saisie complète, avec un taux d'erreur constaté faible.

2.3.5 Caractéristiques des données

2.3.5.1 L'échantillon d'enquête

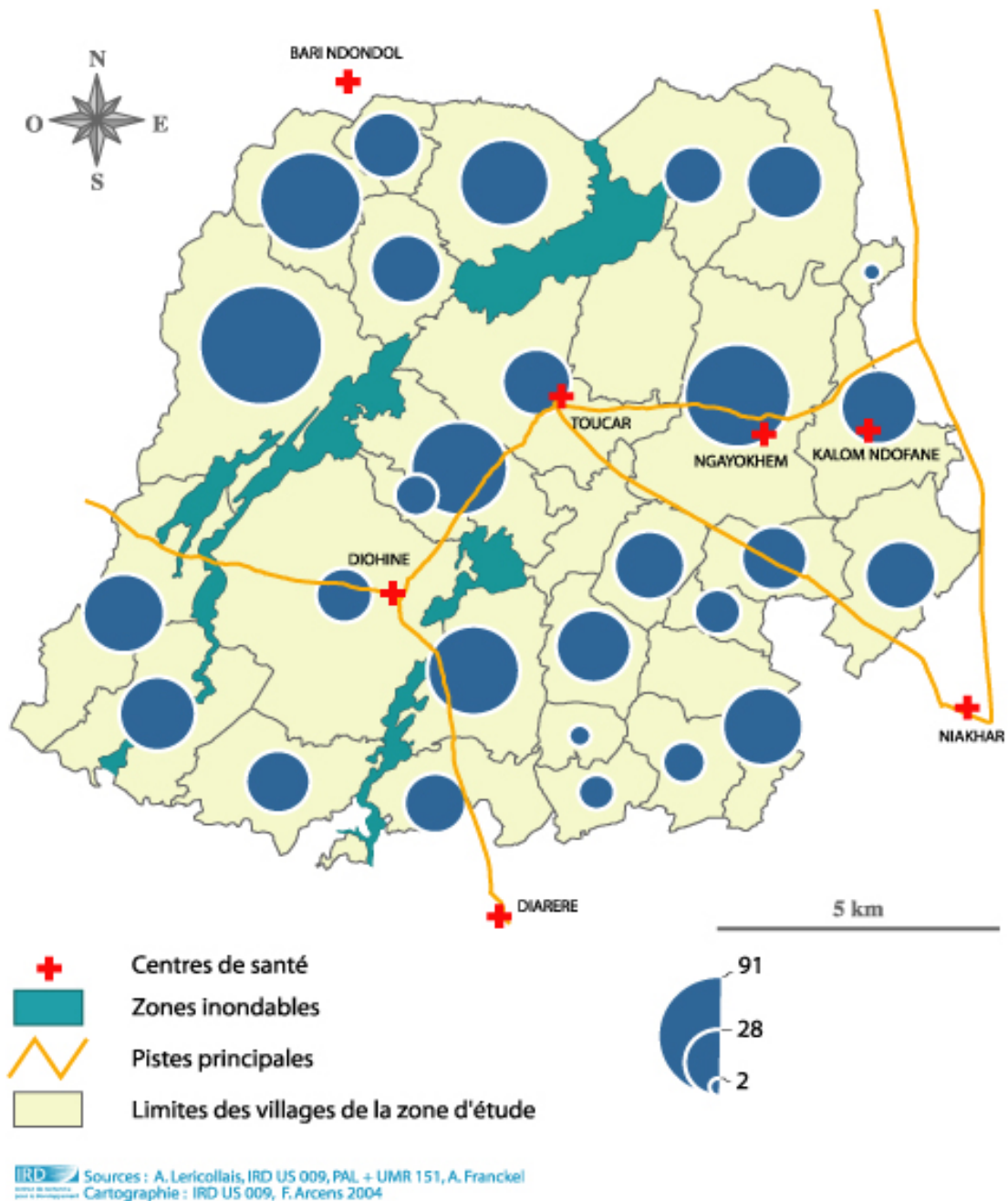
En visitant successivement l'intégralité des 2421 ménages appartenant aux 77 unités primaires de la zone d'enquête, les enquêteurs ont effectivement documenté 939 épisodes morbides. Après vérification, correction et mise en adéquation aux critères du protocole d'enquête, 37 épisodes documentés ont été écartés de l'échantillon d'analyse ; 35 d'entre eux concernent des recours au-dessous ou au-delà des bornes de la période de référence définies dans le protocole d'enquête.

En interrogeant séparément plusieurs personnes pour un même épisode morbide, il était possible d'être confronté à des contradictions dans le récit des faits. Dans l'immense majorité des cas, les informations données par les différents répondants sur les caractéristiques de l'épisode morbide et sur les soins pratiqués sont apparues concordantes : elles apportaient fréquemment des compléments d'explication précisant les informations recueillies.

Toutefois, dans huit épisodes morbides, le père a refusé de confirmer les informations données par la mère, sans les dénier, et, dans quatre cas, il y a eu désaccord entre les parents de l'enfant sur les soins pratiqués. Pour deux d'entre eux, le manque de cohérence entre les informations recueillies nous a conduit à exclure l'épisode de l'échantillon d'analyse.

La figure 2-6 propose une représentation spatiale de la localisation des enfants enquêtés : elle indique les effectifs par village.

Figure 2-6 : Localisation du lieu d'habitat des enfants enquêtés



Le fichier d'analyse est donc composé de 902 enfants âgés de moins de 11 ans ayant été atteints de fièvres palustres présomptives dans un délai de 6 à 18 jours avant le passage de l'enquêteur. Les données collectées comprennent 902 questionnaires mère, 716 questionnaires père et 206 questionnaires *autres*. Dans près de 20 % des épisodes morbides, il n'a pas été possible d'interroger le père de l'enfant ou une personne autre étant intervenue au cours de l'épisode morbide. Ces pertes s'expliquent principalement par la forte migration circulaire des adultes en direction des villes.

2.3.5.2 Délai et durée des épisodes morbides

Le passage des questionnaires est intervenu peu de temps après la survenue de l'épisode : le délai moyen entre l'apparition de la maladie et le passage de l'enquêteur est de 10,4 jours, avec un écart type de 3,4 jours ; le délai minimal est de 6 jours et le délai maximal est de 18 jours (tableau 2-3).

Le délai médian entre l'apparition de la maladie et le passage de l'enquêteur est de 9 jours ; avant le septième jour de maladie, 25 % des épisodes ont été enquêtés et 25 % après le douzième jour de maladie.

Tableau 2- 3 : Durée en jours entre le début de la maladie et le passage de l'enquêteur

Durée en Jours	%	% Cumulés	Effectifs (n=902)
6	8,5	8,5	76
7	15,4	23,8	139
8	13,5	37,4	122
9	13,6	51,0	123
10	8,3	59,3	75
11	7,9	67,2	71
12	5,4	72,6	49
13	4,6	77,2	41
14	9,0	86,1	81
15	4,0	90,1	36
16	3,9	94,0	35
17	3,7	97,7	33
18	2,3	100	21

Au passage de l'enquêteur, près de 80 % des enfants enquêtés sont considérés comme guéris. Cependant, la distinction entre le statut de malade et le statut de guéri est fortement subjective : 10 % des mères (n=70) considèrent que leur enfant est en voie de guérison, c'est-à-dire rétabli, mais encore affaibli ou soumis à des rechutes.

Pour les enfants considérés comme guéris au passage de l'enquêteur, la durée moyenne de maladie est de 4,5 jours, avec un écart type de 1,8 jours : un tiers des enfants est guéri au troisième jour de maladie et plus de 60 % au quatrième jour de maladie (tableau annexe 2.5). Nous avons eu à déplorer le décès de 5 enfants inclus au protocole d'enquête au cours de l'épisode morbide ; quatre sont décédés entre les troisième et le septième jour de maladie et un après plus de dix jours de maladie.

Près d'un épisode morbide sur cinq a été enquêté avant son terme : ils ont été soumis à une troncature à droite, en raison de la courte période de référence. La troncature d'une partie des épisodes morbides a une incidence sur les données observées : les épisodes enquêtés avant terme ont, par définition, une moindre chance de réaliser un recours externe.

Cependant, cette influence reste relativement minime, dans la mesure où la troncature est le plus souvent intervenue après plus de huit jours de maladie : au sein des épisodes morbides non terminés au moment du passage de l'enquêteur, seuls 12 % des enfants étaient malades depuis moins de 7 jours (tableau annexe 2.6). Par ailleurs, la durée moyenne entre l'apparition de la maladie et le passage de l'enquêteur varie peu entre les épisodes terminés (n=703) et ceux non terminés, respectivement 10,6 jours et 9,7 jours.

Chapitre 3 - Analyse descriptive

3.1 L'itinéraire thérapeutique

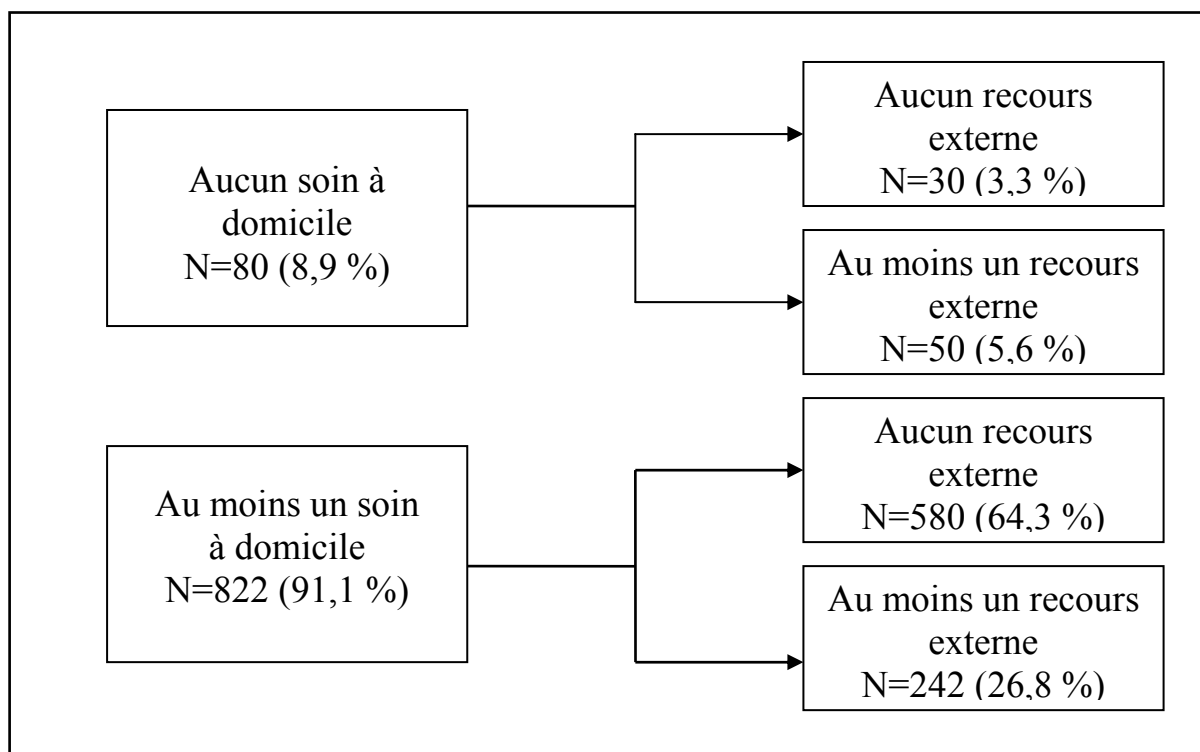
La méthodologie d'enquête et les catégories d'analyse retenues distinguent deux types d'actes thérapeutiques. Le premier type regroupe l'ensemble des soins à domicile pratiqués spontanément par la famille et intervenant avant tout recours externe. Le second type de soin est constitué de toutes les consultations d'une personne extérieure à l'environnement familial direct, habitant hors de la concession, reconnue pour sa capacité à poser un diagnostic et à proposer un traitement curatif approprié.

Au sein des recours externes, nous avons distingué deux grandes filières : d'une part, celle faisant appel à des soins de type biomédicaux pratiqués au sein de cases ou de postes de santé publics, de dispensaires ou de « cabinets » privés et d'autre part, celle reposant sur des savoirs dits traditionnels, délivrés par des thérapeutes sereer, des rebouteux, des marabouts islamiques, etc.

Plus de 90 % des enfants malades ont reçu un ou plusieurs soins à domicile. Les soins pratiqués spontanément au sein de la concession constituent le premier et le principal mode de traitement des enfants malades : ils représentent le seul type de soins prodigués dans deux tiers des épisodes morbides.

La consultation de spécialistes extérieurs à la concession est relativement rare : seul un tiers des enfants malades effectuent un recours externe, le plus souvent après la pratique de soins à domicile (tableau 3-1). La part des enfants ne recevant aucun soin est marginale, inférieure à 5 %, conformément aux résultats de la littérature sur le milieu rural ouest africain (Snow et al., 1992 ; Molyneux, 2000).

Tableau 3- 1: Distribution simplifiée des itinéraires thérapeutiques pour les 902 enfants malades



3.1.1 Caractéristiques des soins à domicile

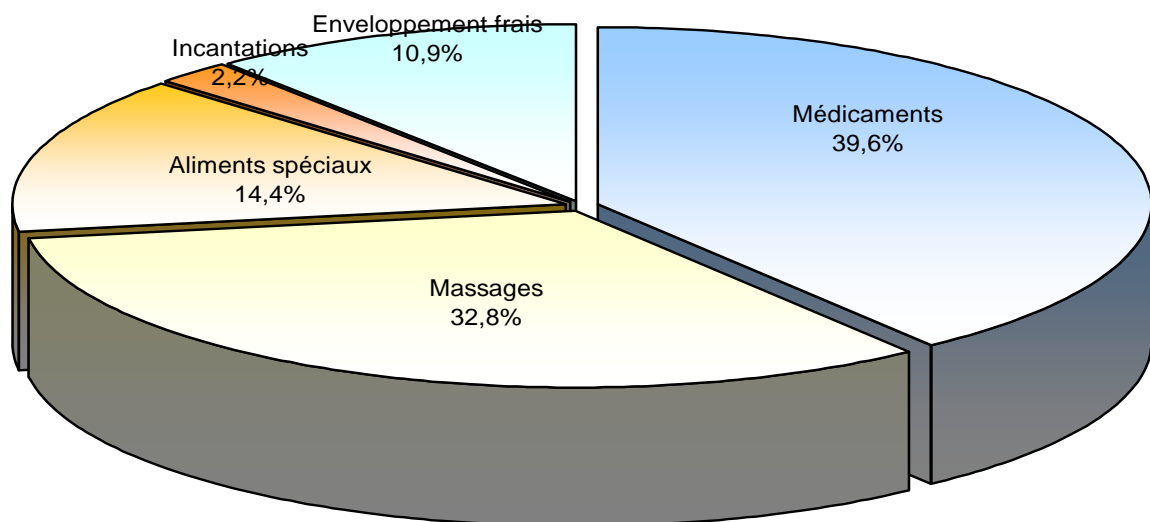
3.1.1.1 Nature des soins à domicile

La population prodigue un large éventail de soins à domicile, de nature biomédicale et traditionnelle. Les soins biomédicaux prodigués à domicile sont principalement basés sur des pratiques d'auto médication, à partir de l'ingestion de sirop ou de comprimés ; ils prennent également parfois la forme d'une application sur le corps chaud d'un linge humide visant à faire diminuer la fièvre : l'enveloppement frais. Il existe plusieurs types de soins traditionnels, faisant à la fois appel à la pharmacopée locale, aux savoirs et aux croyances traditionnelles : les massages, les lavements et les frottements, à base de beurre de karité, de poudres de plantes ou de médicaments pilés ; les aliments spéciaux, sous la forme de tisanes, de bouillies de plantes locales, de fumigations avec inhalation de fumée d'écorce; les incantations, auxquelles sont associées les différentes formes de libations et les prières avec récitation de paroles à caractère magique.

Au sein des soins désignés sous le terme de massages, d'aliments spéciaux ou d'incantations, il existe une grande diversité de pratiques : chacun a sa recette ou son remède propre. Les soins pratiqués sont ainsi, dans une large mesure, « inventés » par la personne les ayant pratiqués : 40 % des adultes ayant administré les soins à domicile traditionnels ont eux-mêmes élaboré les modalités spécifiques du soin (tableau annexe 3.1). Les soins traditionnels restent néanmoins fortement inscrits dans une logique de transmission familiale : 35 % des soins pratiqués ont été appris au sein de la concession, généralement auprès de personnes âgées et 15 % par les amis et les voisins.

Les médicaments représentent près de 40 % des soins pratiqués spontanément dans la concession : conformément aux résultats de plusieurs recherches, ils constituent le soin à domicile le plus pratiqué (Diakitè et al., 1993 ; Commeyras et al., 2003). L'utilisation des ressources de la pharmacopée est également très courante : les massages représentent le tiers des soins à domicile et les aliments spéciaux environ 15 %, avec une utilisation particulièrement efficace des feuilles, de l'écorce ou des fruits des arbres qui parsèment la brousse sereer et notamment ceux du *kad* et du *neem*⁵⁸ (Pelissier, 1953). L'application d'une enveloppe fraîche représente près d'un soin à domicile sur dix ; les incantations constituent une pratique relativement marginale (figure 3-1).

Figure 3- 1 : Nature de l'ensemble des soins à domicile prodigués (N=1474)

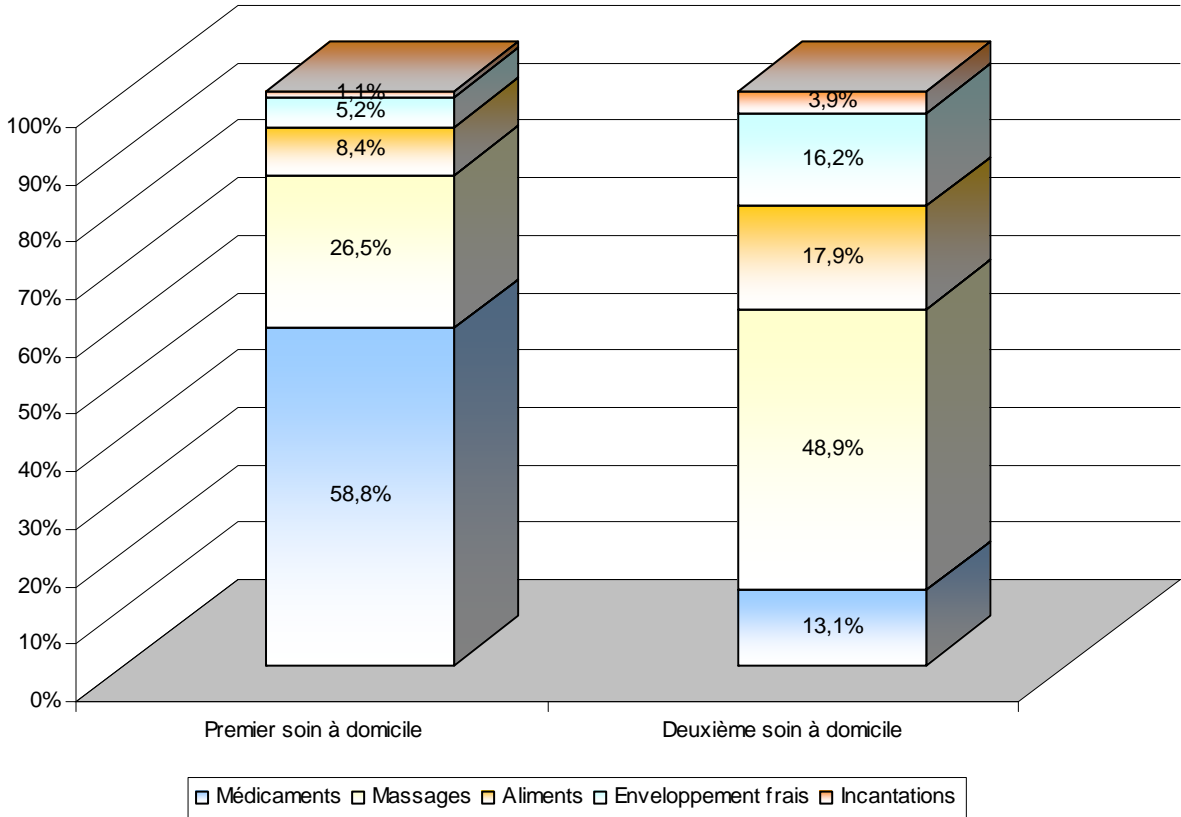


⁵⁸ Le kad est l'acacia et le neem a pour nom scientifique *azadirachta indica*

Les soins à domicile sont le plus souvent pratiqués en association : la majeure partie des enfants malades a reçu plus d'un soin à domicile et, en moyenne, les 822 enfants bénéficiant de soins à domicile se sont vus administrer 1,8 soins différents.

Les soins pratiqués en première et seconde instance sont de nature différente dans plus de 95 % des cas. La consommation de médicaments intervient le plus souvent en première instance (figure 3-2) et donne lieu, dans l'immense majorité des cas, à la pratique d'autres soins. La chloroquine est le médicament le plus fréquemment associé à un autre soin, à 69 % (n=100, p<0,01). Les massages sont fréquemment administrés en seconde instance : ils représentent 70 % des soins pratiqués après de l'automédication (tableau annexe 3.2). La pratique d'aliments spéciaux, d'enveloppement frais et d'incantations augmente avec le rang de soin à domicile (figure 3-2) : plus de 25 % de l'ensemble des soins par aliments spéciaux ou enveloppement frais sont même pratiqués en troisième ou en quatrième instance. Lorsqu'ils sont pratiqués en premier lieu, les aliments spéciaux sont les soins les moins fréquemment associés à un second soin à domicile (p<0,05) (tableau annexe 3.2).

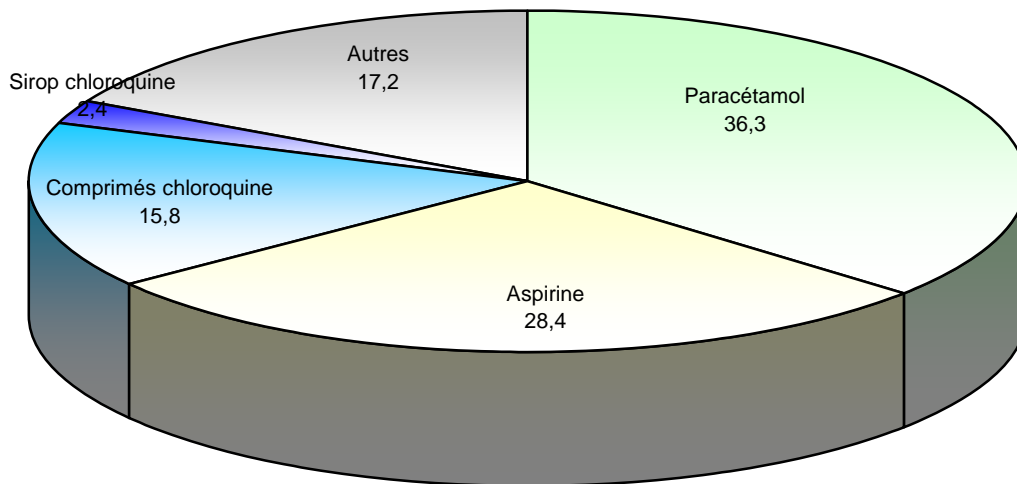
Figure 3- 2: Nature des soins à domicile pratiqués en première (N=822) et en seconde instance (N=458)



3.1.1.2 Les médicaments

Les principaux médicaments administrés aux enfants malades sont le paracétamol, l'aspirine, la chloroquine, le bactrim, le sédaspir, le solucetyl et la terramycine⁵⁹ (figure 3-3).

Figure 3- 3 : Répartition des médicaments administrés en soin à domicile (N=634)



La nature des médicaments administrés entre le premier et le second soin à domicile varie très peu. Les antipyrétiques, visant à baisser la douleur, représentent près de deux tiers des médicaments administrés : ils sont trois fois plus consommés que la chloroquine, seul médicament antipaludique ingéré, qui représente moins de 20 % des médicaments consommés (figure 3-3). Dans près de 90 % des cas (n=100), la chloroquine est administrée sous forme de comprimés, les sirops restant peu utilisés. Les médicaments anti-pyrétiques sont plébiscités par la population : ainsi, le paracétamol rebaptisé *nioket*⁶⁰, a été pleinement intégré à l'univers des croyances locales et la population lui prête la capacité à guérir immédiatement le mal, au prix d'une confusion entre l'action temporaire sur les symptômes et le traitement en profondeur de la maladie. Ces résultats concordent avec les observations réalisées en Gambie (Diallo et al., 2001) et en Zambie (Baume et al., 2000) ; ils s'opposent à des études menées dans d'autres régions d'Afrique, où la majorité des enfants ingèrent des anti-malariques dans le cadre des soins à domicile (Deming et al., 1989 ; Snow et al., 1995 ; Rosalinf et al., 1997).

⁵⁹ Le bactrim est un déparasitant et le solucétyl un antalgique et la téramycine un antibiotique.

⁶⁰ ce qui signifie « lève-toi »

La population administre fréquemment plusieurs médicaments de manière simultanée. Dans la pratique, des comprimés de natures différentes et de provenances diverses peuvent être associés, dans l'idée pragmatique que l'ingestion non indiquée de paracétamol ou de chloroquine présente un risque très limité pour la santé de l'enfant malade, mais que leur incidence sur les symptômes peut être réelle.

L'administration de comprimés de chloroquine dans le cadre des soins à domicile est rarement conforme aux recommandations des autorités sanitaires : moins de 20 % des enfants ayant reçu une auto médication par comprimés de chloroquine ont reçu un traitement adapté. Le principal facteur de non respect du protocole médicamenteux vient de la durée de traitement : près de 70 % des enfants recevant un traitement à domicile par comprimés de chloroquine ne le reçoivent pas pendant trois jours consécutifs. Parmi les enfants recevant un traitement pendant la durée recommandée, 41 % (n=32) n'ont pas reçu la bonne dose (tableau annexe 3.3). Le mauvais respect des règles de posologie des anti-malariques dans le cadre des soins à domicile est récurrent dans la littérature (Baume, 2000) : il pose problème dans la mesure où il renforce les risques de paludisme grave et favorise le développement des chimiorésistances.

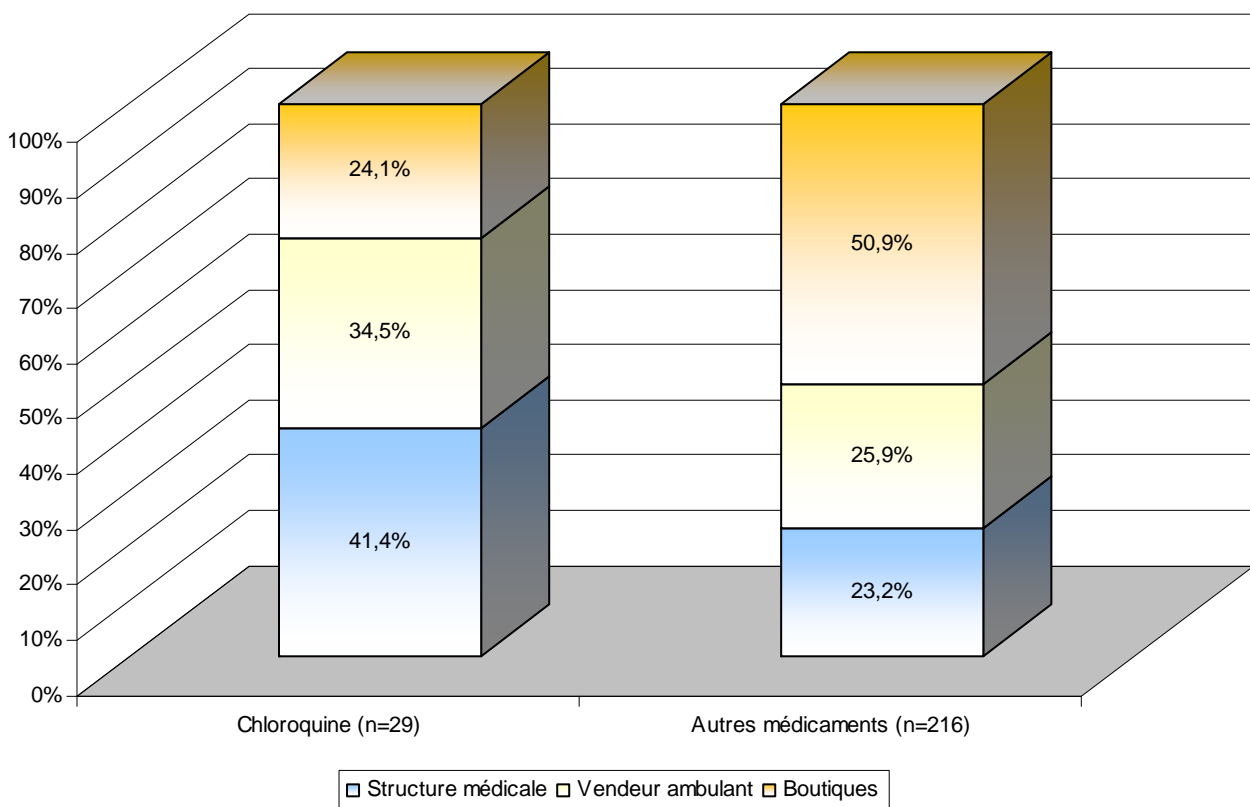
La sous utilisation des anti-malariques et la mauvaise observance des règles de posologie du traitement par chloroquine dans le cadre de l'automédication s'expliquent en partie par la faible connaissance des médicaments. Les choix inadaptés de médicaments et le manque de rigueur dans leur administration relèvent avant tout d'une mauvaise connaissance de l'aspect, du nom, des propriétés, de la posologie et des effets des différents comprimés. Ainsi, dans près de 10 % des épisodes morbides enquêtés, le nom du médicament administré n'était pas connu et lors d'une autre étude menée à Niakhar, 45 % des parents n'ont pas su identifier un comprimé de chloroquine (Diallo et al., 2003). Dans d'autres études, il a été observé l'ingestion d'anti-paludiques pour soigner des affections non palustres (Espino et al., 2000) et une consommation d'anti-malarique sans que les comprimés ingérés soient identifiés comme tels (Nwanyanwu et al., 1996).

L'achat de médicaments est fréquemment anticipé et correspond à une véritable stratégie d'automédication : plus de 55 % (n=533) des comprimés administrés en soin à domicile ont été acquis avant l'apparition de la maladie de l'enfant. La chloroquine est significativement plus souvent stockée que les autres médicaments : 74 % des comprimés de chloroquine ingérés dans le cadre des soins à domicile étaient possédés avant que l'enfant ne tombe malade ($p < 0,01$).

La constitution de pharmacies à domicile s'appuie en partie sur la conservation des résidus thérapeutiques d'épisodes morbides précédents, délibérément non utilisés en cas d'amélioration précoce des symptômes. Elle est également alimentée par l'anticipation du pic de morbidité survenant au cours de la saison des pluies : la population achète à l'avance un stock de médicaments, dans la logique des recommandations de chimio-prophylaxie préventive des années 1990. Nos observations *in situ* donnent à penser que, si la prise de sirop de chloroquine en soin à domicile est, de manière généralisée, liée à l'utilisation des restes du traitement d'un épisode précédent, elle est, pour les comprimés, également largement le fait d'achats anticipés.

Près de la moitié des médicaments achetés spécifiquement pour traiter l'épisode morbide enquêté a été achetée en boutique, un quart en structure médicale et un quart auprès de marchands ambulants ou sur un marché. Cependant, de manière spécifique, la chloroquine est significativement plus fréquemment achetée en structure médicale et auprès de vendeurs ambulants que les autres médicaments ($p < 0,05$) (figure 3-4).

Figure 3- 4: Source d'approvisionnement en chloroquine et en autres médicaments pour les médicaments spécifiquement achetés pour traiter l'épisode morbide



Les circuits informels représentent la principale source d'approvisionnement en médicaments. Les vendeurs informels bénéficient d'une proximité sociale et culturelle : ils partagent la même langue que les malades, sont inscrits dans des réseaux d'interconnaissance, proposent une vente au détail souple et prodiguent de véritables conseils de prescription dans le cadre d'échanges conviviaux. Les circuits informels de vente de médicaments constituent en outre une offre nettement plus dense que celles des structures sanitaires ; les réseaux constitués par les boutiques et les vendeurs ambulants circulant de villages en villages assurent une offre proche sur le plan géographique, surtout pour les concessions éloignées des structures sanitaires (Belcher et al., 1976).

Les caractéristiques de l'offre de soins exercent une forte influence sur le mode d'approvisionnement en médicaments en général et en chloroquine en particulier. Lors d'observations *in situ*, il nous est apparu que la grande majorité des vendeurs informels de médicaments propose de 5 à 7 comprimés différents, mais dispose rarement de chloroquine. Cette situation, conforme aux résultats d'une enquête menée en Gambie auprès de 20 boutiques, dont 13 vendaient du paracétamol mais une seule de la chloroquine (Von Seidlein et al, 2002), est à comparer avec une étude menée au Kenya (Geissler et al., 2000), où plus de 90 % des boutiques (n=22) et une partie des habitants vendaient des anti-malariques, pour une utilisation trois fois supérieure.

3.1.1.3 Délai et durée des soins à domicile

Les soins à domicile sont pratiqués en tout début de maladie : plus de 85 % sont prodigués le jour de l'apparition de la maladie et 92 % avant le troisième jour de maladie. La pratique de soins à domicile après plusieurs jours de maladie est rare : moins de 15 % des enfants encore malades au quatrième jour de maladie (n=460) reçoivent un soin à domicile après le troisième jour de maladie. Cependant, les massages, l'enveloppement frais, les médicaments et les incantations interviennent plus tôt que les aliments spéciaux, parfois pratiqués après plusieurs jours de maladie ($p < 0,01$) (tableau annexe 3.4). Ces observations abondent dans le sens de la littérature : « les soins à domicile sont typiquement pratiqués pour un ou deux jours »⁶¹ (Caldwell et al, 1990, p.238 ; Deming et al., 1989).

⁶¹ Traduction de l'auteur : "home treatment is [...] typically resorted to for only a day or two"

Les soins à domicile sont rarement administrés en une seule fois : dans la mesure où ils sont à la fois concentrés sur les premières heures de maladie et répétés dans le temps, il est fréquent que plusieurs soins à domicile soient pratiqués simultanément ou de manière concomitante. En moyenne, un soin à domicile est pratiqué pendant 2,5 jours, avec des variations importantes selon les soins. L’enveloppement frais est le soin le moins renouvelé, en moyenne 1,2 fois ; les incantations sont les soins les plus répétés, en moyenne 1,7 fois (tableau 3-2). La répétition dans le temps des soins à domicile, et en particulier des soins traditionnels, montre que la population est potentiellement prédisposée à accepter le principe de durée de prescription des traitements médicamenteux, en cas de compréhension et d’adhésion aux protocoles recommandés : elle a l’habitude de renouveler la pratique des soins.

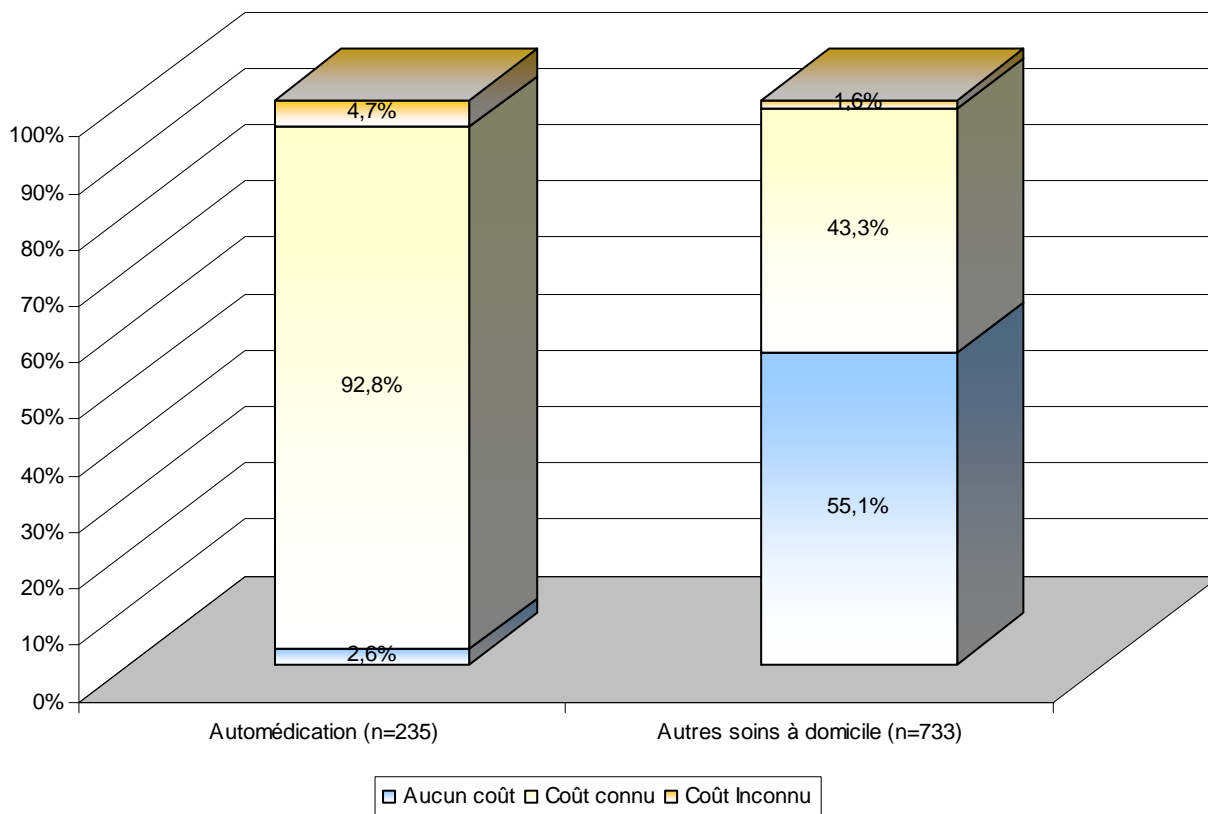
Tableau 3- 2: Distribution des soins à domicile selon leur renouvellement dans le temps

	Actes premiers	Actes renouvelés	Rapport actes renouvelés sur actes premiers
Médicaments	584	849	1,4
Massages	484	469	1,6
Aliments spéciaux	212	323	1,5
Incantations	33	56	1,7
Enveloppement frais	161	188	1,2
Total	1 474	2 185	1,5

3.1.1.4 Coût des soins à domicile

Près de 60 % (n=1279) des soins à domicile ont entraîné une dépense, mais le premier soin à domicile entraîne plus fréquemment des frais que les soins suivants. Le coût des soins à domicile varie fortement selon leur nature : plus de 95 % des soins à domicile par médication entraînent des dépenses contre 45 % des autres types de soins ($p < 0,01$) (figure 3-5). En particulier, plus de 9 fois sur 10, l’enveloppement frais et les incantations n’entraînent aucun frais.

Figure 3- 5 : Nature payante ou non de l'automédication⁶² et des autres soins à domicile



Les soins à domicile ont un coût modeste, accessible à toutes les couches de la population. En particulier, le coût des soins traditionnels se limite le plus souvent au prix d'achat de karité ou de sucre. Le coût moyen des soins à domicile ayant entraîné des dépenses est inférieur à 100 Francs CFA (94,3 Francs, n=535), avec peu de variations selon la nature des soins ou l'ordre de la pratique, de faibles écarts à la moyenne et des maximums de l'ordre de 500 Francs CFA. Les médicaments (achetés après l'apparition de la maladie, dans l'objectif spécifique de soigner l'enfant malade) sont légèrement plus chers, à 102 Francs CFA en moyenne (n=218) et les aliments spéciaux un peu moins chers, à 72 Francs CFA. La chloroquine coûte sensiblement plus cher que les autres médicaments : 191 francs CFA en moyenne (n=23), contre 86 francs CFA (n=106) pour le paracétamol et 98 francs CFA (n=89) pour les autres médicaments. Ce résultat, surprenant dans la mesure où, en structure de santé, les plaquettes de 10 comprimés de chloroquine et de paracétamol sont officiellement vendus au même prix de 100 Francs CFA, peut s'expliquer par une différence dans les conditions d'approvisionnement en médicaments : les médicaments les plus disponibles peuvent plus facilement être achetés au détail que la chloroquine, surtout vendue en structure sanitaire.

⁶² Ne sont ici documentés que les soins d'auto médication ayant fait l'objet d'un achat de médicaments spécifiquement pour traiter l'épisode morbide, après l'apparition de celui-ci.

3.1.2 Les recours hors de la concession

3.1.2.1 Fréquence et nature des recours externes

Dans le cadre des épisodes morbides enquêtés, il apparaît que la population a une faible propension à réaliser des recours externes : moins d'un tiers des enfants malades a consulté hors de sa concession. Les itinéraires thérapeutiques avec consultation de plusieurs thérapeutes différents sont particulièrement rares : 7 % des enfants malades ont réalisé deux recours externes et moins de 1 % en ont fait plus de deux. La consultation successive de différents thérapeutes intervient fréquemment dans un laps de temps très courts : les recours sont enchaînés dans l'attente d'une amélioration immédiate de la symptomatologie. Pour l'essentiel, ces résultats coïncident avec d'autres observations, montrant que « seulement un tiers des enfants malades a consulté un spécialiste »⁶³ (Goldman et al., 2000, p.149). La propension à réaliser un recours externe apparaît cependant inférieure à la plupart des observations de la littérature : ce décalage peut en partie être expliqué par des différences d'ordre méthodologique, notamment au niveau de la définition des périodes de référence et des critères d'inclusion.

Pour les analyses qui suivent, nous nous sommes intéressé aux deux premiers recours externes réalisés (n=365). Les recours externes sont tournés à 55 % vers une structure sanitaire et à 45 % vers un thérapeute traditionnel. Cette tendance doit être interprétée au regard de la méthodologie d'enquête : la consultation d'un thérapeute habitant au sein de la concession de l'enfant n'a pas été considérée comme un recours externe ; bien qu'estimé, le nombre de guérisseurs en activité dans la zone d'étude est important et il est possible que le nombre de consultations de thérapeutes traditionnels ait été légèrement sous-évalué. Toutefois, conformément aux résultats d'autres recherches menées à partir d'enquêtes rétrospectives (Glik et al., 1989 ; Commeyras et al., 2003), la fréquentation des structures sanitaires, concernant à peine un enfant malade sur cinq, est faible. Nos observations concordent en particulier avec les conclusions de deux études menées au Sénégal et en Gambie, ayant montré, d'une part, que la moitié des enfants décédés n'ont pas consulté en structure sanitaire (Dione, 1999) et que d'autre part, « 75 % des enfants décédés n'ont pas reçu de traitement conventionnel »⁶⁴ (Greenwood et al., 1987, p.485).

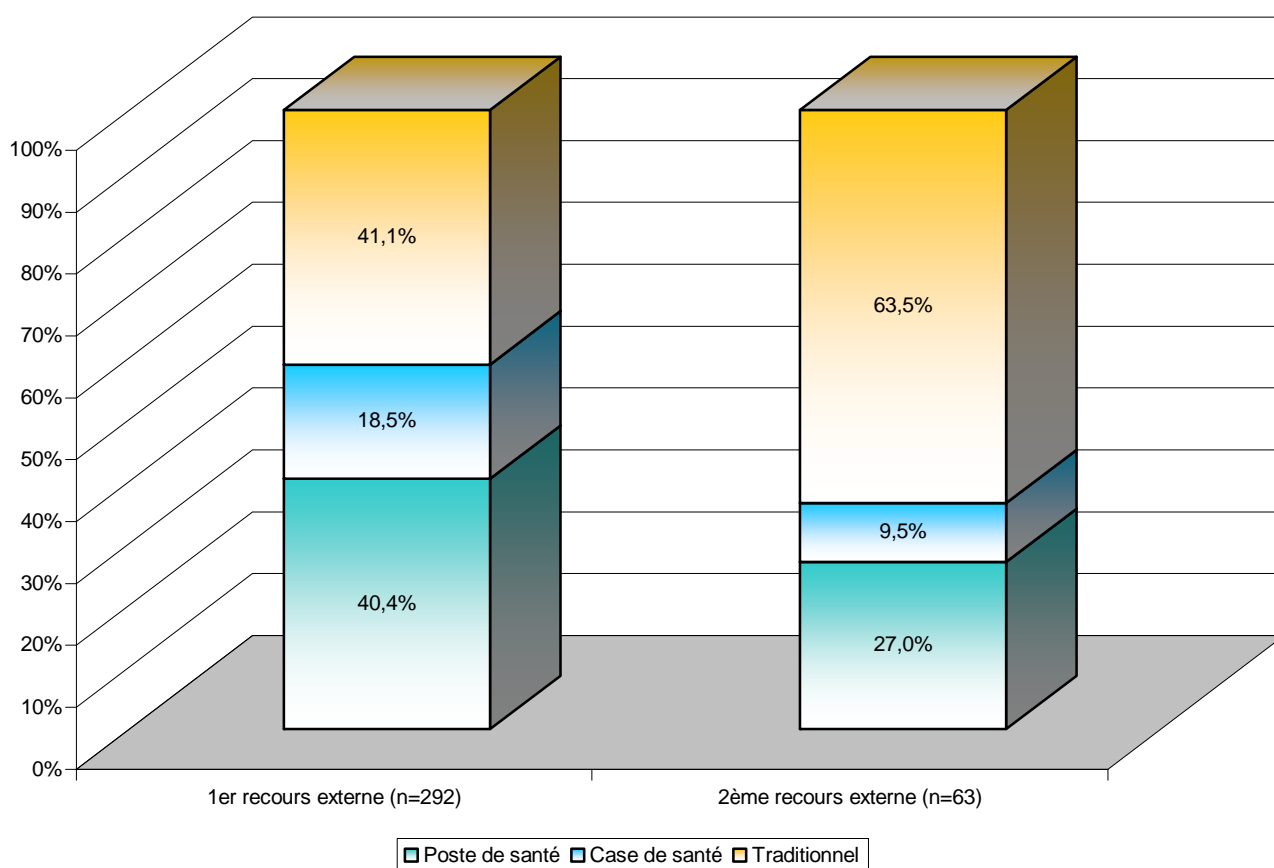
⁶³ Traduction de l'auteur : « only about one-third of sick children visited a health care provider »

⁶⁴ Traduction de l'auteur : « 75 % of the children who died had not received any conventional treatment »

Les postes de santé et le dispensaire concentrent 70 % des recours en structures sanitaires et les cases de santé environ 30 %, sans variations significatives selon l'ordre de recours. Les recours en structure médicale sont plus fréquents en première instance : ils représentent près de 60 % du premier recours et moins de 40 % du second recours ($p < 0,01$) (figure 3-6).

La tendance à privilégier le recours médical en première instance met en évidence une orientation de la population vers l'offre de soins biomédicale pour le traitement des épisodes fébriles. Par ailleurs, la fréquence du changement de filière entre le premier et le second recours externe démontre une grande mobilité de la population dans l'utilisation de l'éventail thérapeutique disponible, dans un logique de tâtonnements : « l'absence de répétition indique que les choix fait au début de l'itinéraire thérapeutique influencent les choix effectués par la suite »⁶⁵ (Ryan, 1998, p.222).

Figure 3- 6 : Nature des recours externes mis en œuvre en première et en seconde instance



⁶⁵ Traduction de l'auteur : « the lack of repetition is also an indicator that choices made in the initial stages of the decision-making process affect choices made later in the process »

Le nombre et la nature des soins à domicile déterminent fortement la propension à réaliser un recours externe, avec une influence différente sur la filière thérapeutique. Ainsi, plus de 60 % des enfants n'ayant pas fait l'objet de soins à domicile sont vus en consultation, soit 2,1 fois plus que les autres enfants (tableau 3-3). Cependant, selon leur nature, les soins à domicile ont une influence différente sur la propension à réaliser un recours externe. Ainsi, l'administration de médicaments apparaît comme une pratique directement concurrente de la consultation en structure sanitaire : leur consommation limite fortement la mise en œuvre de recours biomédicaux et, dans une moindre mesure, de recours traditionnels (tableau 3-3). On observe encore des différences selon la nature des comprimés : l'ingestion de paracétamol limite surtout le recours aux structures sanitaires, alors que de manière très surprenante, l'administration de chloroquine n'influe pas sur la propension à faire un recours externe, quelque soit sa nature. Par opposition aux médicaments, l'enveloppement frais et les aliments spéciaux s'affirment comme des soins complémentaires des recours externes : la pratique d'enveloppement frais est associée à 1,5 fois plus de recours externes et l'ingestion d'aliments spéciaux favorise la propension à réaliser un recours biomédical.

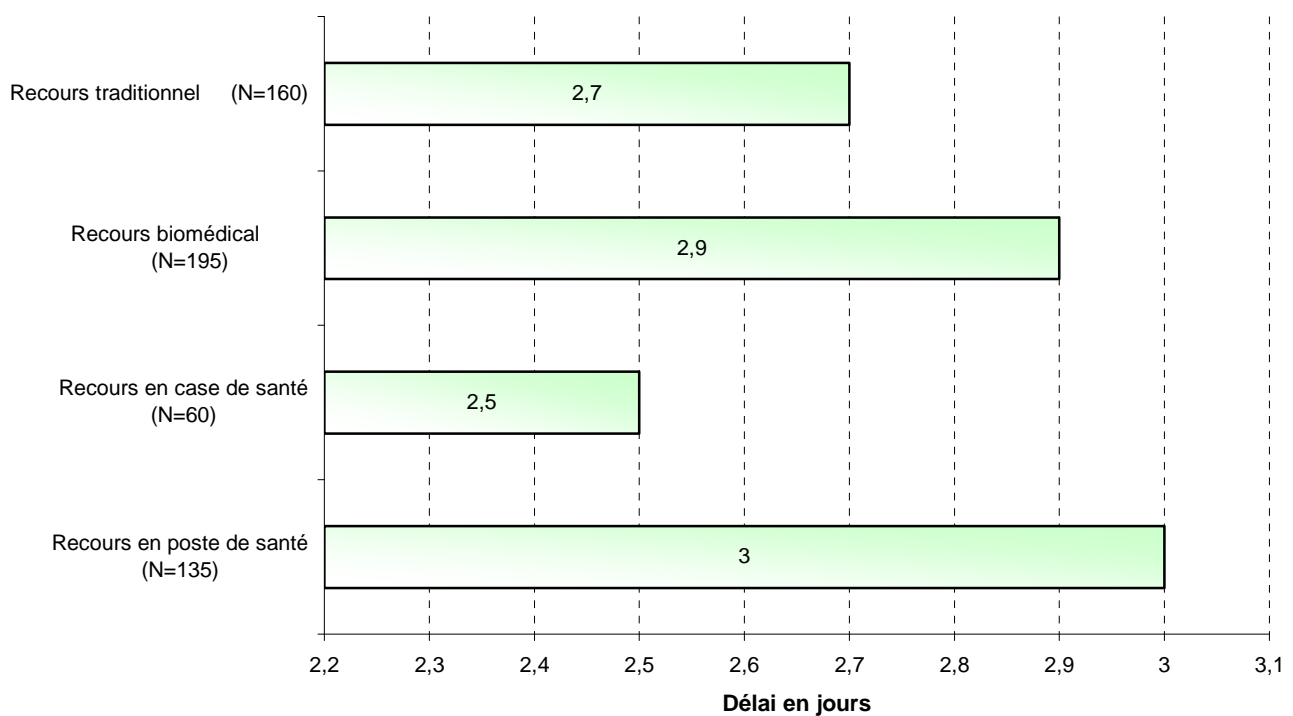
Tableau 3- 3: Propension à consulter en structure sanitaire et auprès d'un thérapeute traditionnel selon le nombre et la nature des soins à domicile pratiqués

	Recours biomédical	Recours traditionnel	N
Au moins un soin à domicile	***	***	902
Oui	19,5	15,3	822
Non	43,8	27,5	80
Médicament	***	***	902
Oui	13,0	12,3	537
Non	34,3	22,5	365
Chloroquine	Ns	Ns	902
Oui	20,0	17,0	100
Non	21,8	16,3	802
Paracétamol	***	Ns	902
Oui	11,4	14,0	228
Non	25,1	17,2	674
Enveloppement frais	***	***	902
Oui	30,8	26,5	117
Non	20,3	14,9	785
Aliments spéciaux	**	Ns	902
Oui	28,9	15,4	149
Non	20,2	16,6	753
Massages	Ns	Ns	902
Oui	20,4	16,7	436
Non	22,8	16,1	466

3.1.2.2 Délai au recours externe

Le délai moyen au premier recours externe est de 2,4 jours (n=292), avec un écart type de 1,5 jours selon la filière thérapeutique. Le délai de consultation des thérapeutes traditionnels, 2,3 jours, est significativement inférieur à celui des recours en poste de santé 2,6 jours ($t < 0,05$) (figure 3-7). Au sein des recours biomédicaux, le délai de recours varie également en fonction du type de structure consulté : la fréquentation des cases de santé intervient significativement plus tôt que le recours en poste de santé ($t < 0,05$) (figure 3-7). Ces observations sur le long délai pour la mise en œuvre du premier recours externe, notamment en direction des structures sanitaires, concorde avec les principaux résultats de la littérature (Deming et al., 1989 ; Mwenesi et al., 1995 ; Alles et al., 1998).

Figure 3- 7 : Délai moyen en jours pour la consultation selon la nature du recours externe (rang 1 et 2)



Ces variations s'inscrivent dans un calendrier de consultation différent pour chaque filière thérapeutique. Les postes de santé sont nettement moins consultés le jour de l'apparition des symptômes : 17 % des recours en poste de santé sont réalisés le premier jour de maladie, contre plus de 30 % des recours traditionnels et en case de santé ($p < 0,05$) (tableau annexe 3.5).

Le délai de consultation varie significativement selon le nombre et la durée des soins à domicile. L'absence de soins à domicile facilite un recours rapide, surtout en direction des structures sanitaires : les enfants ne recevant pas de soins à domicile sont amenés significativement plus rapidement en consultation, en moyenne en 1,6 jours (N=33) que les autres ; à l'inverse, ceux recevant plusieurs soins à domicile consultent plus tardivement que ceux n'ayant reçu qu'un seul soin, 3,0 jours (N=72) contre 2,3 jours (N=100) ($t < 0,05$).

A la lumière de ces résultats, il semble que la pratique des soins à domicile corresponde à une phase d'attente au cours de laquelle sont sélectionnés les épisodes qui ne pourront pas être pris en charge de manière satisfaisante au sein du domicile et devront être traités à l'extérieur.

Le long délai de consultation favorisant les risques que l'infection provoquée par *P. falciparum* devienne grave (Buck et al., 1994), les soins à domicile apparaissent, dans une certaine mesure, comme un frein à une prise en charge rapide et efficace des épisodes palustres : « les enfants qui avaient reçu des soins avant de consulter à l'hôpital sont restés plus longtemps malades que ceux n'ayant rien reçu »⁶⁶ (Nwanyanwu et al., 1996, p.67).

3.1.2.3 Coût du recours externe

L'immense majorité des recours externes⁶⁷ ont donné lieu à une dépense : 9 % des recours ont été gratuits et la part des coûts inconnus est marginale, de l'ordre de 2 %. Dans le cadre des consultations traditionnelles, la nature de la relation avec le tradithérapeute facilite la consultation gratuite ou à crédit.

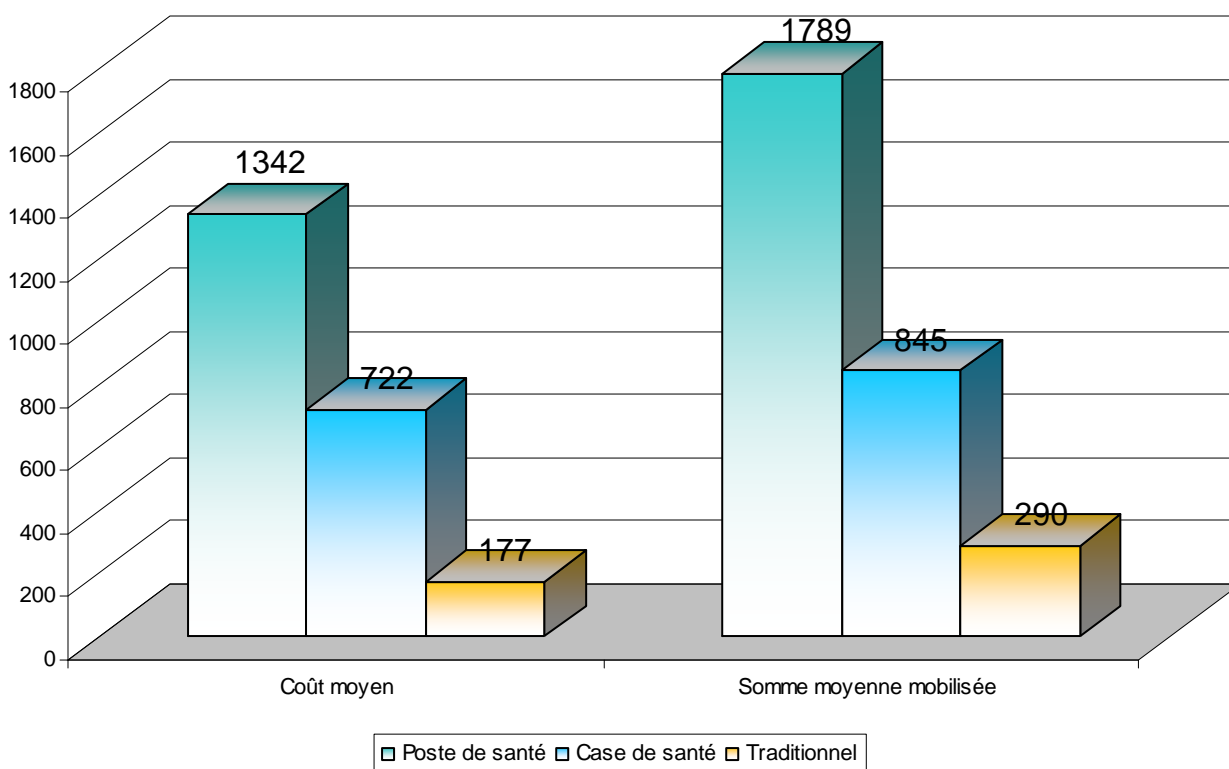
La mise en œuvre de recours en structure sanitaire sans argent est révélatrice de fortes difficultés financières d'une frange de la population, jugeant nécessaire une consultation biomédicale, mais n'en ayant pas les moyens au moment de la survenue de la maladie.

⁶⁶ Traduction de l'auteur : « children who were reported to have received some treatment at home before being brought to the hospital were sick longer than those receiving no treatment »

⁶⁷ Les résultats présentés sur le coût de recours externe se basent sur 348 des 365 recours externes. Par choix méthodologique, nous n'avons pas documenté les recours de rang supérieurs à 2 ; par ailleurs, 17 recours externes, soit 4,6 % n'ont pas été renseignés en raison de l'absence de ses acteurs principaux (père et autres).

Le coût moyen de la consultation et du traitement des recours payants est de l'ordre de 700 Francs CFA (n=309), mais varie fortement selon la nature de la consultation : le coût moyen du recours en poste de santé, 1 300 Francs CFA, est 1,9 fois celui de la consultation en case de santé et 7,6 fois supérieur à celui des recours traditionnels (figure 3-8 et tableau annexe 3.6). Par ailleurs, bien que le coût moyen du premier recours externe soit nettement plus élevé que le second, il ne varie pas au sein des différentes filières thérapeutiques.

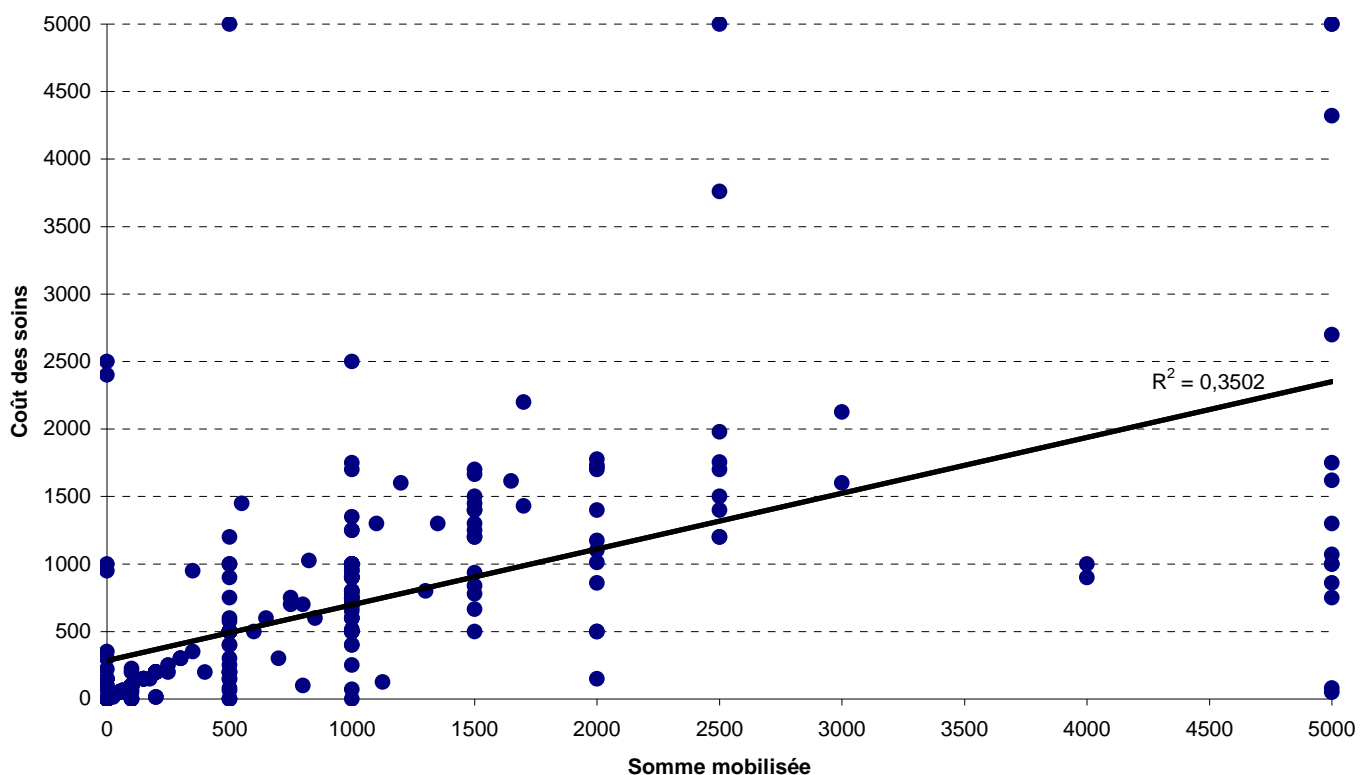
Figure 3- 8 : Coût moyen et somme moyenne mobilisée en Francs CFA selon la nature du premier recours externe (effectifs et écarts types dans le tableau annexe 3.6)



Dans le cadre de notre enquête, le coût moyen du recours en poste de santé apparaît particulièrement élevé. Il est d'une part prohibitif au regard du tarif des consultations en case de santé ou auprès de guérisseurs traditionnels. Il est d'autre part nettement supérieur aux tarifs de base pour la prise en charge d'un enfant en poste de santé, moins de 300 Francs CFA pour un simple traitement par chloroquine et de 1000 Francs CFA pour un traitement par injections intra-musculaires. Le coût élevé des recours en poste de santé peut être expliqué par l'importance des moyens thérapeutiques mobilisés pour traiter les enfants consultants.

La population fait preuve d'une grande capacité d'anticipation des coûts générés par la consultation. Chaque type de recours externe est associé à une gamme budgétaire, avec de fortes variations des moyens financiers selon la nature du recours réalisé : la somme moyenne mobilisée pour le premier recours externe est respectivement de 1 800 Francs CFA, 850 Francs CFA et 300 Francs CFA pour les recours en postes de santé, en case de santé et auprès d'un thérapeute traditionnel ($t < 0,01$) (figure 3-8). Pour dégager des tendances, nous avons défini des catégories. La somme mobilisée et le coût effectif du recours sont le plus souvent en adéquation ($p < 0,01$) (tableau annexe 3.8) : 16 % des recours traditionnels sont tentés sans argent et près de 40 % avec une somme inférieure à 100 Francs CFA, conformément aux observations montrant que les guérisseurs n'ont pas toujours de tarif fixe et se contentent parfois de dons non monétaires. Plus de 40 % des recours en cases de santé sont entrepris avec une somme comprise entre 100 et 500 Francs CFA ; plus de 80 % des recours en poste de santé sont tentés avec plus de 500 Francs CFA, dont un tiers avec plus de 1 500 Francs CFA. La distribution en nuage de points des sommes mobilisées et des coûts de recours (plafonnés à 5000 Francs CFA), résume autour d'une courbe de tendance la relation entre la somme mobilisée et le coût du recours externe (figure 3-9).

Figure 3- 9: Distribution en nuage de points du coût des soins et de la somme mobilisée



L'adéquation entre la somme mobilisée et le coût effectif du recours diminue cependant lorsque les sommes mobilisées sont importantes : l'adéquation entre la somme mobilisée et le coût du premier recours externe passe de 90 % pour une somme inférieure à 100 Francs à 45 % pour les sommes supérieures à 1 500 Francs CFA. De fait, pour les recours traditionnels, l'adéquation entre la somme mobilisée et le coût du recours externe est maximale pour les sommes comprises entre 100 et 500 Francs CFA ; pour les recours biomédicaux, le maximum concerne les sommes comprises entre 500 et 1500 Francs CFA. Au niveau des soins biomédicaux, l'adéquation entre la somme mobilisée et le coût effectif du recours s'explique également par l'ajustement du traitement acheté au budget disponible.

Le coût du recours externe augmente avec le délai de recours : il est inférieur à 700 francs CFA en moyenne pour les deux premiers jours de maladie et supérieur 900 Francs CFA pour les jours suivants ; l'écart type tend également à augmenter (tableau annexe 3.9). Cependant, l'influence du délai de consultation sur le coût du recours varie selon la nature de la consultation. Ainsi, pour les recours en poste de santé la hausse dans le temps du coût des soins avoisine les 130 Francs CFA, soit presque 10 %, principalement en raison d'une augmentation du nombre de recours supérieurs à 500 Francs CFA. En case de santé, la hausse du coût de recours est moins importante, de près de 50 Francs CFA. Le coût du recours traditionnel tend lui à diminuer avec la durée de maladie, reculant de 10 Francs CFA, soit de 6 %. La hausse du coût moyen de traitement avec le temps de maladie s'explique avant tout par le risque d'aggravation de l'épisode morbide au cours du temps, nécessitant, en biomédecine, des moyens thérapeutiques plus importants.

Les sommes mobilisées connaissent une évolution parallèle à celle des coûts, avec les mêmes variations selon la nature du recours. La somme moyenne mobilisée pour les recours biomédicaux passe de moins de 1 300 Francs CFA pour les deux premiers jours de maladie à près de 1 800 Francs pour les jours suivants et pour les recours traditionnels de près de 250 Francs CFA à 350 Francs CFA (tableau annexe 3.10). Ce résultat peut être interprété comme l'expression d'une anticipation de l'élévation des coûts avec la durée de la maladie, mais peut également refléter une augmentation de la capacité à mobiliser des fonds avec le temps.

3.1.2.4 Observance du traitement prescrit en consultation

Plus de 70 % des consultations externes ont débouché sur la prescription d'un traitement, avec de fortes variations selon la filière thérapeutique : plus de 90 % des consultations biomédicales débouchent sur la prescription d'un traitement à domicile, contre moins de la moitié des recours traditionnels, 42 % ($p < 0,01$).

La durée effective d'administration des médicaments après prescription médicale varie peu selon la nature du médicament : près de 70 % des médicaments sont ingérés pendant trois à quatre jours consécutifs. En revanche, les doses de comprimés ingérés varient fortement selon la nature des médicaments : la chloroquine est administrée dans 70 % des cas sur une base de 2 à 4 comprimés quotidiens, soit des doses significativement plus importantes que celles ingérées pour les autres médicaments.

A Niakhar, la consommation de chloroquine après prescription médicale est rare : 73 % de la chloroquine consommée a été ingérée dans le cadre des soins à domicile, contre 46 % en moyenne dans 21 pays africains (WHO, 2002). Moins d'un tiers des consultations médicales a effectivement entraîné l'ingestion de chloroquine. Parmi les enfants ayant effectivement reçu un traitement par chloroquine prescrit par l'infirmier, moins de 60 % ont reçu un traitement adapté (tableau 3-4). La dose de chloroquine ingérée est conforme aux recommandations dans 75 % des cas, mais elle n'est pas administrée durant trois jours dans 28 % des cas. 15 % des traitements par chloroquine durent plus de quatre jours consécutifs ; 13 % des traitements par chloroquine sont donnés moins de 3 jours. Le sirop de chloroquine se caractérise par une administration plus longue, pendant plus de 4 jours consécutifs et, dans près de 15 % des cas, de manière interrompue. A la suite d'une consultation, seuls 10 % des enfants ont reçu un traitement à la fois non indiqué au niveau de la durée et de la posologie.

Tableau 3- 4 : Prise de chloroquine après consultation en structure médicale (recours de rang 1 et 2)

	%	N soumis au risque
Enfants recevant de la chloroquine	31,3	195
Enfants respectant le traitement de chloroquine	55,7	61
Enfant respectant la posologie de prescription	75,4	61
Enfants respectant la durée de prescription	69	61

Conformément aux conclusions de la littérature, le respect des règles d'administration de la chloroquine est meilleur après la consultation d'un agent de santé (Baume et al., 2000). Cependant, avec moins de 60 % des traitements administrés conformément aux recommandations des autorités sanitaires, l'efficacité des thérapies à base de chloroquine reste toute relative. Les niveaux observés concordent avec ceux d'une étude menée à Niakhar, où 43 % des comprimés de chloroquine prescrits par un infirmier n'étaient pas consommés (Diallo et al., 2003) et d'une étude réalisée au Kenya, où « 55 % des mères qui avaient reçu des médicaments anti-malariques n'ont pas suivi les recommandations d'utilisation ni demandé de précision, par peur d'une réponse agressive de l'agent de santé »⁶⁸ (Mwenesi et al., 1995).

Le protocole de traitement du paludisme prévoit trois injections intra-musculaires nécessitant un retour auprès de la structure sanitaire. Si la réalisation de plusieurs recours externes pour un même épisode morbide est relativement rare, le retour répété auprès de la même instance thérapeutique pour le suivi des soins concerne près d'un enfant sur deux (tableau 3-5). La logique de suivi dans le temps des consultations concerne également les traitements traditionnels, fréquemment dispensés en plusieurs étapes.

Tableau 3- 5 : Propension à retourner en consultation selon la nature du recours (tous rangs de recours)

	Consultations	Enfants retournant consulter		Retours en consultation	
	N	%	N	Retours en consultation / Enfants retournés consul.	N
Dispensaire	138	43,5	60	1,6	94
Case de Santé	60	41,7	25	1,8	45
Guérisseur	163	45,4	74	1,9	139
Total	361	44,0	159	1,8	278

Le retour en consultation en poste de santé est un peu moins long et répété que le retour auprès des thérapeutes traditionnels : les enfants retournant en structure sanitaire effectuent en moyenne 1,6 retours et 45,9 % des consultations ayant donné lieu à un retour sont conformes au protocole d'injection.

⁶⁸ Traduction de l'auteur : « 55% of mothers who received antimalarial drugs did not follow instructions on how to use the medication and none asked for clarification for fear of the health's worker's potentially aggressive response ».

L'observation d'une faible tendance à enchaîner plusieurs recours différents, mais d'un assez bon suivi dans le temps des consultations est un résultat original. Il pose directement la question de la définition méthodologique des limites entre un premier et un second recours externe.

3.1.3 Conclusion partielle

L'étude des itinéraires thérapeutiques souligne la prédominance d'une norme de prise en charge des épisodes morbides dans le cadre des soins à domicile. Loin d'être une pratique archaïque spécifique à l'Afrique, l'utilisation de soins à domicile est un réflexe universel (Esposino et al., 1997), plus encore pour les épisodes fébriles que pour d'autres formes de morbidité (Waitznegger-Lalou, 2001 ; Foster, 1995). Cependant, au regard de la littérature, où 65 % à 90 % des enfants atteints de fièvres palustres reçoivent des soins à domicile, la prise en charge à domicile des épisodes morbides apparaît particulièrement forte à Niakhar (RBM, 2002 ; Snow et al., 1995 ; Rosalinf et al., 1997 ; Baume et al., 2000 ; Goldman et al., 2000 ; Thera et al., 2000 ; Ruebush et al., 1995). Si conformément aux données de la littérature, la pratique concomitante ou successive de plusieurs soins, parfois rattachés à des filières thérapeutiques différentes, est fréquente (McCombie, 1996 ; Agyepong, 1995 ; Jenkins, 1998, Ortega et al., 1994 ; Sommerfeld et al., 2001 ; Munguti, 1997 ; Winch et al., 2000), nos résultats indiquent une faible propension à réaliser un recours externe : bien que les recours biomédicaux soient plus fréquents que les recours traditionnels, seuls 20 % des enfants consultent en structure sanitaire.

Le positionnement des soins à domicile comme principale norme de traitement des épisodes fébriles s'explique par une conjonction de facteurs épidémiologiques et économiques. En effet, à Niakhar, la transmission palustre est courte mais intense : la quasi-totalité des épisodes palustres est concentrée sur une période d'environ trois mois. La forte pression morbide générée par le contexte épidémiologique est exacerbée en raison de la structure par âge de la population : rappelons qu'un tiers de la population est âgé de moins de 10 ans et qu'au cours de l'hivernage, toutes les concessions doivent faire face à un nombre élevé d'épisodes palustres touchant des enfants. En outre, la période de forte transmission palustre, intervenant à la fin de l'hivernage, correspond à une période très particulière dans le calendrier 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. La période précédant la récolte constitue, d'autre part, un moment de précarité économique, appelée soudure, où la disponibilité en moyens financiers pour soigner l'enfant est minimale.

Le manque de temps, de moyens financiers et la récurrence des épisodes morbides sont des facteurs prédisposant les populations à adopter, en première instance, une pratique thérapeutique basée sur des soins facilement accessibles et peu coûteux. De ce point de vue, les soins à domicile présentent de nombreux avantages par rapport aux recours externes, en particulier biomédicaux, plus coûteux financièrement et en terme de temps : le délai élevé au recours biomédical, proche de trois jours, reflète les difficultés d'accès de la population aux structures sanitaires (McCombie, 1996 ; Abosedo, 1984). Les soins à domicile, en particulier par automédication, apparaissent donc à la population comme un supplétif avantageux à une consultation en structure sanitaire n'intervenant que «lorsque les ressources du milieu ont été épuisées » (Ouedraogo, 1999, p.54).

Au regard des recommandations des autorités sanitaires, ce n'est pas l'intérêt de la population pour les soins biomédicaux, mais la nature des comprimés consommés et les conditions de leur administration qui posent problème. D'une part en effet, par opposition à d'autres pays africains où les anti-malariques représentent la majorité des médicaments consommés en soins à domicile (McCombie, 1996 ; Deming et al., 1989 ; Snow, 1992), à Niakhar, l'ingestion d'antipyrétiques est importante et la chloroquine est peu consommée. Ce résultat s'explique en partie par les caractéristiques structurelles de réseaux de distribution des médicaments : à Niakhar, la chloroquine est peu disponible, ce qui pousse la population à l'acheter à l'avance, en grande quantité et à la stocker dans des pharmacies à domicile. La population souffre d'autre part d'une faible connaissance des propriétés et des modalités d'administration respectives des différents médicaments (Williams et al., 1999) : conformément à la littérature, à peine 20 % des traitements spontanés par chloroquine et moins de 60 % de ceux intervenant après consultation en structure sanitaire sont conformes au protocole d'administration (Krause et al., 1998 ; Thera et al., 2000 ; Slusker et al., 1994 ; Macheso et al., 1994). Dès lors, dans la mesure où les vendeurs informels de médicaments, bénéficiant d'une forte proximité géographique, sociale et culturelle, constituent les principales sources d'approvisionnement en médicaments, nous rejoignons d'autres auteurs pour interroger le rôle des acteurs informels du marché du médicament sur la mauvaise observance des traitements par chloroquine (Massele et al., 1998 ; Van der Geest, 1999 ; Foster, 1995 ; McCombie, 1996).

3.2 La prise en charge de l'enfant malade

Ce chapitre se propose d'étudier les modalités de prise en charge de l'enfant malade au sein de la cellule familiale : comment se construit l'itinéraire thérapeutique ? Quelles sont les normes en matière de prise de décision et de mise en œuvre des soins, quelles sont les règles en terme de découpage des responsabilités et de partage des rôles ?

Dans les sociétés africaines, les rapports sociaux sont soumis à un découpage normatif fixant précisément les champs d'action et de décision, les droits et les devoirs de chacun : « le plus souvent en Afrique, les sociétés sont fondées sur des relations très hiérarchisées où chacun dans son lignage a un statut défini en termes de dépendance à l'égard des plus anciens, et d'autorité envers les plus jeunes... » (Cantrelle et al., 1990, p.27 ; Guigou, 1995 ; Dozon et al., 1986). Cette hiérarchisation est associée à une forte séparation des rôles masculins et féminins dans la prise en charge des dépenses du ménage (Makinwa-Adebusoye, 1997). Au sein de l'univers familial Sereer, les champs d'activité et de pouvoir de chacun des parents sont clairement définis. Ainsi, la production agricole, représentant la principale activité économique, fait l'objet d'une organisation sociale très complexe : « au sein d'une cuisine⁶⁹ donnée, tandis que les hommes se livrent, en coopération, aux différentes opérations culturales nécessaires aux champs de mil, les femmes, de leur côté, devraient se livrer, toujours en coopération, aux différentes tâches exigées par les différentes parcelles d'arachide attribuées aux membres de la cuisine, hommes ou femmes ; elles devraient, d'ailleurs, accorder leurs soins d'abord à la parcelle d'arachides du chef de cuisine, puis à leurs propres parcelles » (Gastellu, 1974). Le partage des tâches pour les travaux agricoles s'inscrit dans un découpage plus large des rôles, des responsabilités et des ressources. Ainsi, les femmes étant en charge des cultures susceptibles d'être vendues ou échangées, elles ont également la responsabilité de pourvoir, si elles le peuvent, à l'habillement des enfants (Gastellu, 1974).

Dans une perspective similaire, nous nous proposons de décrire les normes de prise en charge de la maladie au sein de la cellule familiale. Nos hypothèses posent que la prise en charge de l'enfant est un processus fondamentalement collectif, concernant, à des niveaux différents, les deux parents de l'enfant, mais également d'autres membres de la parenté. Nous supposons que la mère, le père et les personnes extérieures au couple parental ont un champ d'action précis, qui prédéfinit le type et la nature des actes thérapeutiques pratiqués.

⁶⁹ Le terme de cuisine désigne le ménage

Pour appréhender les conditions de prise en charge de l'enfant malade au sein de la cellule familiale, le recours aux soins a été décomposé en plusieurs étapes : 1] l'identification de la maladie ; 2] la décision du soin, qui peut s'appuyer sur une proposition du soin et/ou sur une discussion ; 3] la réalisation du soin et l'accompagnement de l'enfant pour le recours externe ; 4] la prise en charge financière du coût (éventuel) du recours ; 5] l'administration du soin ou du traitement.

3.2.1 Les personnes impliquées dans la prise en charge

Dans les sociétés africaines, la cellule familiale est le premier espace de prise en charge de la maladie. Préalablement à l'étude des conditions de prise en charge de la maladie, nous allons présenter les personnes qui, au sein de la cellule familiale, sont intervenues au cours de l'épisode morbide.

Tous les enfants enquêtés ne vivent pas avec leurs parents biologiques : près d'un enfant sur dix vit sous la responsabilité de tuteurs, le plus souvent les grands-mères de l'enfant, en particulier la grand-mère maternelle, et de tuteurs, le plus souvent les frères des parents biologiques, en particulier le frère du père (tableau annexe 3.11). La pratique des enfants confiés est fréquente au Sénégal, avec un transfert allant généralement des ménages pauvres à des ménages plus aisés. Les enfants placés auprès de tuteurs sont significativement plus âgés que ceux vivant avec leur mère biologique, 6,0 ans en moyenne contre 4,1 ans : plus de 45 % des enfants confiés sont âgés de plus de 6 ans ($p < 0,01$) (tableau annexe 3.29). Dans cette étude, nous assimilerons la mère et le père de l'enfant aux personnes ayant répondu à leurs questionnaires respectifs, mais signalerons, lorsqu'elles existent, les différences significatives de comportements entre les parents biologiques et les tuteurs.

Les femmes représentent près de 60 % des personnes qui, étant intervenues dans l'épisode morbide, ont répondu aux questionnaires *autres* (tableau annexe 3.12). Les grands-mères paternelles représentent près de 40 % des personnes *autres* et les grand-mères maternelles environ 10 %. Les frères des parents représentent près de 15 % des répondants au questionnaire *Autres* et le père des parents près de 5 %. Enfin, 20 % des personnes intervenues au cours de la maladie ont un lien de parenté moins direct avec l'enfant.

3.2.2 L'identification de la maladie

Assurant au quotidien le suivi de l'alimentation et de l'hygiène du jeune enfant, la mère identifie près de deux tiers des épisodes morbides. Lorsque l'enfant a lui-même signalé son état de mal être, il s'est adressé à sa mère dans l'immense majorité des cas (tableau annexe 3.30). Lorsque la mère n'a pas elle-même identifiée la maladie, elle en a été informée immédiatement dans près d'un tiers des cas, quelques heures après dans 55 % des cas et le lendemain dans une minorité de cas, moins de 10 %, le plus souvent sans que l'enfant n'ait reçu des soins. La forte proximité entre la mère et l'enfant limite considérablement l'implication d'autres personnes pour la déclaration de la maladie : à peine 6 % des épisodes morbides ne sont pas directement identifiés ou signalés à la mère de l'enfant.

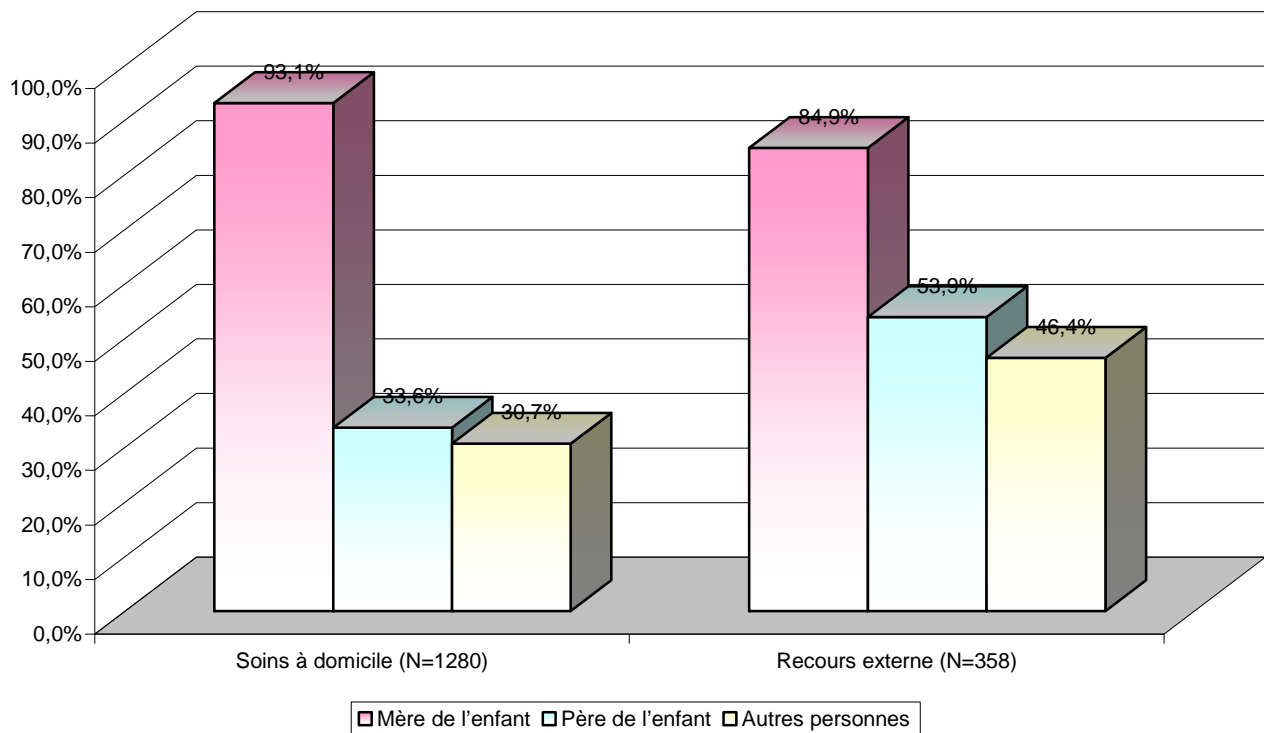
3.2.3 La conception des actes thérapeutiques

Nous avons caractérisé le processus décisionnel conduisant à la pratique du soin d'une part en fonction des acteurs impliqués et d'autre part en fonction du schéma décisionnel.

L'étape première pour la conception d'un acte thérapeutique est la formulation d'une proposition de soin. Sur la base de cette initiative, la décision peut s'inscrire, ou non, dans le cadre d'échanges interpersonnels.

La mère est partie prenante de plus de 80 % de l'ensemble des décisions d'actes thérapeutiques, mais légèrement plus pour les soins à domicile que pour les recours externes (figure 3-10). Le père et les personnes *autres* sont nettement plus impliqués dans les décisions des recours externes que dans celles des soins à domicile : ils y participent respectivement 1,6 fois et 1,5 fois plus. Ces tendances sont encore plus marquées au niveau de la proposition des actes thérapeutiques. La mère de l'enfant est la première force de proposition, mais propose 1,5 fois plus souvent un soin à domicile qu'un recours externe ; à l'inverse, le père de l'enfant propose 2,7 fois plus souvent un recours externe qu'un soin à domicile (tableau annexe 3.13). Les personnes extérieures au couple parental prennent l'initiative d'environ 8 % des soins à domicile et du premier recours externe, mais plus de 15 % du recours externe pratiqué en seconde instance (tableau annexe 3.13).

Figure 3- 10 : Participation des différentes personnes aux décisions de soins à domicile et de recours externes



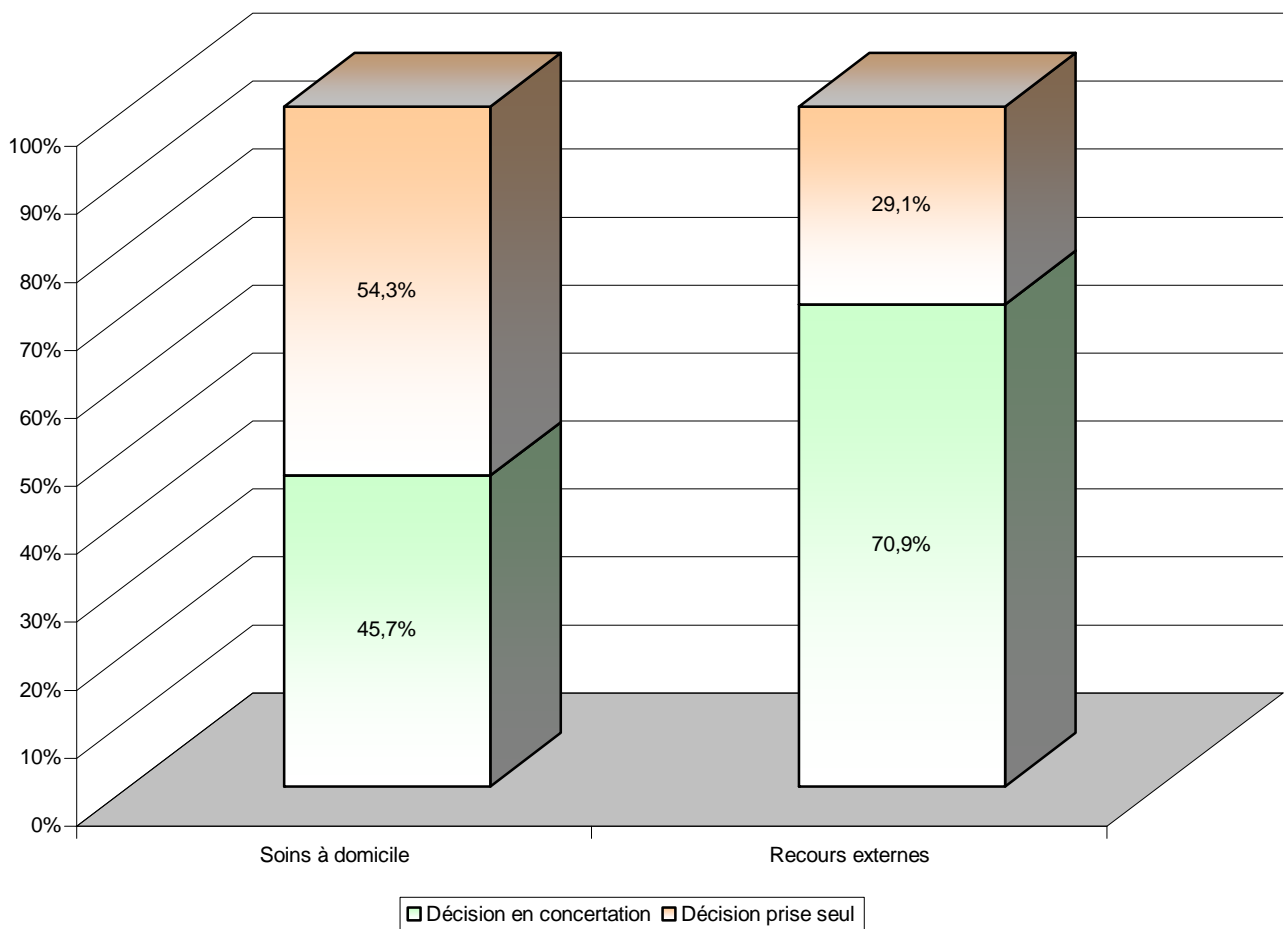
La capacité des différents acteurs du recours aux soins à prendre l'initiative des actes thérapeutiques évolue au cours de l'épisode morbide : les personnes proposant les soins ne sont pas les mêmes aux différentes phases de l'itinéraire thérapeutique. Cependant, l'itinéraire thérapeutique se construit dans une micro-historicité où les conditions de production des premiers soins influencent les modalités de pratique des soins suivants. Ainsi, le fait de proposer le premier soin à domicile est fortement corrélé au fait de prendre l'initiative du second soin à domicile : lorsque la mère, le père ou les personnes *Autres* proposent le premier soin à domicile, ils prennent respectivement l'initiative du second soin dans 85 %, 30 % et 50 % des cas ($p < 0,01$) (tableau annexe 3.14).

Dans une réflexion psycho-sociale, ce résultat renvoie aux conséquences de l'engagement d'un premier soin, prédisposant à la proposition d'autres soins (Grawitz, 1986). Il peut également être l'expression d'une répartition des rôles stabilisée au sein des cellules familiales étudiées.

Les modalités de conception des actes thérapeutiques sont très variables : un soin peut être conçu et mis en œuvre par une seule personne, mais il peut également être le fruit de discussions faisant intervenir, en différentes étapes, plusieurs personnes. La majorité des actes thérapeutiques sont décidés après concertation d'au moins deux personnes, avec une différence significative entre les soins à domicile et les recours externes, qui font respectivement l'objet d'une concertation entre plusieurs personnes à 45 % et à 70 % ($p < 0,01$) (figure 3-11).

La nature même des actes thérapeutiques est associée à des schémas décisionnels différents : ainsi, l'administration de médicaments dans le cadre des soins à domicile donne plus souvent lieu à une concertation que les autres soins ($p < 0,05$). De manière similaire, plus de 75 % des recours en poste de santé sont décidés collectivement, contre moins de 65 % des recours traditionnels ($p < 0,05$) (tableau annexe 3.15).

Figure 3- 11 : Caractéristiques du schéma décisionnel pour les soins à domicile (N=1360) et les recours externes (N=358)



La forme du schéma décisionnel semble principalement déterminée par les enjeux et les contraintes inhérentes aux choix thérapeutiques. Les soins à domicile, faciles d'accès et très fréquemment pratiqués, sont perçus comme des soins relativement anodins, et à ce titre, relèvent le plus souvent de décisions individuelles. Les recours externes, en particulier biomédicaux, exposant l'enfant à des soins nécessitant l'engagement de moyens financiers et temporels conséquents, sont plus souvent décidés collectivement.

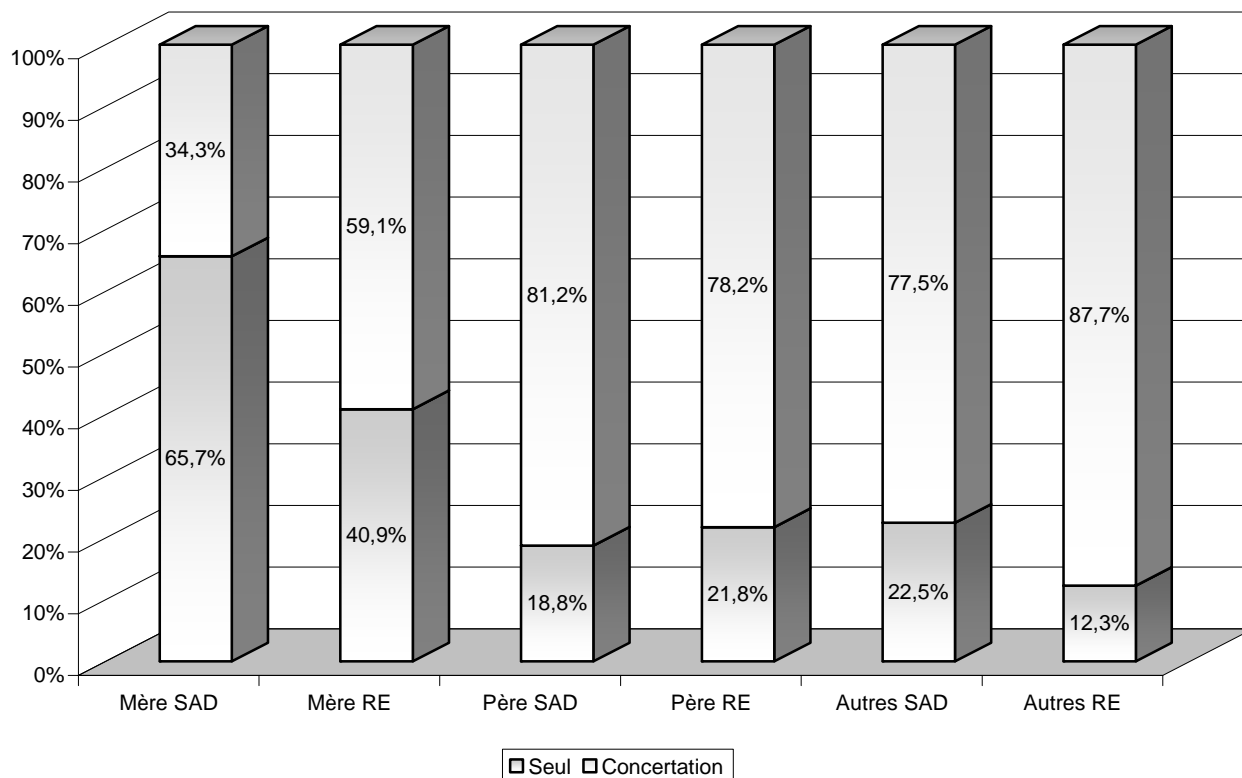
La concertation des membres de l'entourage vise principalement à surmonter les obstacles posés par le problème médical et par l'accès aux soins jugés efficaces : «presque toutes les mères ont affirmé qu'elles cherchent des conseils avant d'emmener leur enfant en structure sanitaire »⁷⁰ (Mwenesi et al., 1995, p.1274).

Dans le cadre des échanges entourant les prises de décisions thérapeutiques, il est difficile de faire la différence entre la recherche de conseils, la sollicitation d'autorisation morale et l'attente d'un soutien matériel ou financier. En effet, les notions d'autorisation et d'information sont très proches et, dans le contexte culturel sereer, les nuances linguistiques ne nous permettent pas, dans le cadre de cette enquête quantitative, de dissocier ce qui ressort de l'action informative et ce qui est de l'ordre de la conformation aux impératifs sociaux ou financiers. Le discours formel met en avant l'autorisation morale et le respect des hiérarchies statutaires. Au contraire, dans la complexité des relations entre les membres de l'entourage de l'enfant, nos observations *in situ* nous donnent à penser que la concertation a principalement une dimension informative : le plus souvent, les choix sont consensuels, et le père approuve plus de 80 % des décisions auxquelles il n'a pas participé.

De manière assez surprenante au regard de la littérature, le schéma décisionnel varie également en fonction de l'identité de la personne proposant le soin. Ainsi, la mère de l'enfant se distingue par une forte propension à décider seule des actes thérapeutiques : elle décide seule 65 % des soins à domicile et 40 % des recours externes qu'elle propose (figure 3-12).

⁷⁰ Traduction de l'auteur : « almost all mothers [...] reported that they would seek advice before taking an ill child to a health facility »

Figure 3- 12 : Schéma décisionnel selon la personne proposant les soins à domicile (N=1279) et les recours externes (N=358) de première et seconde instance



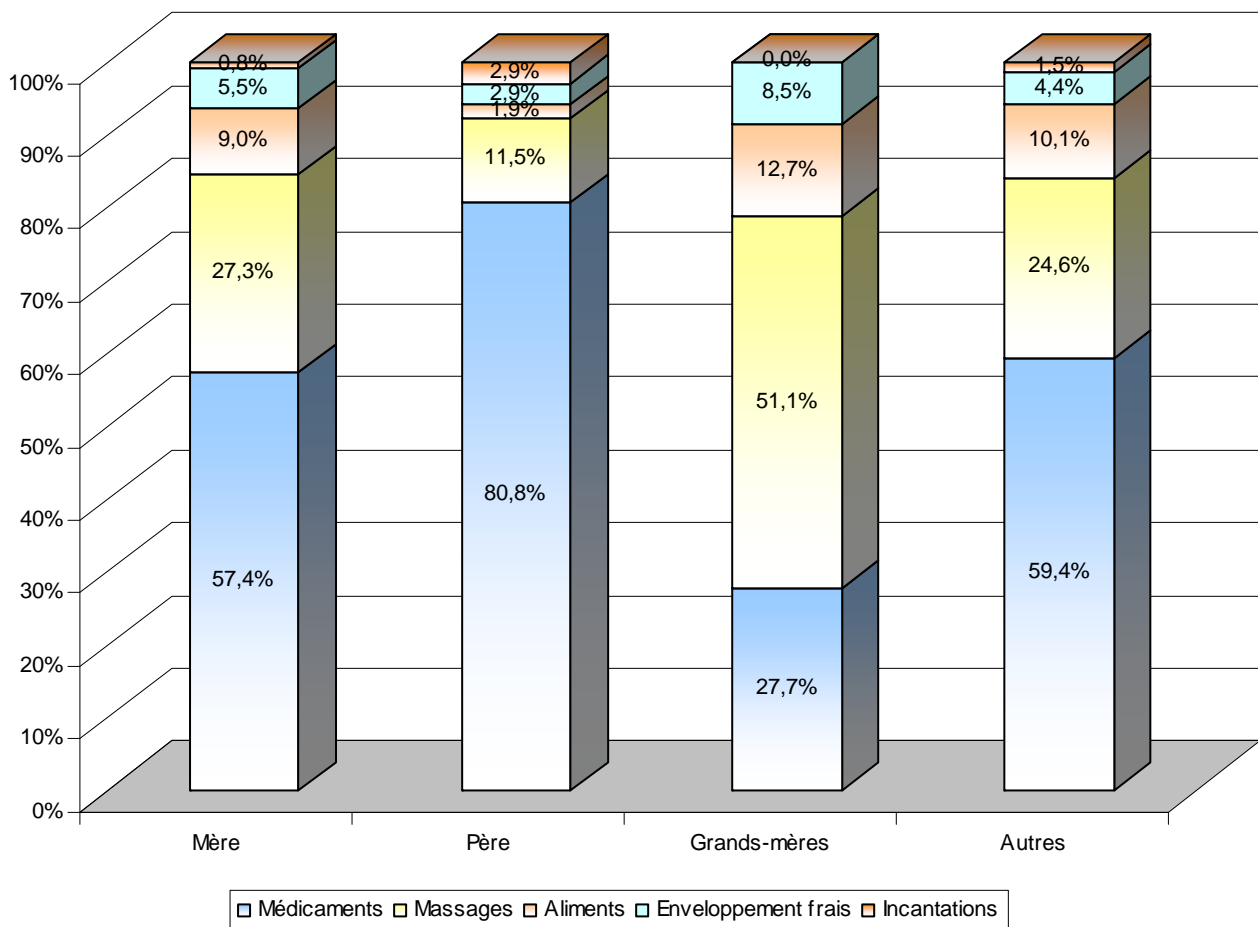
Toutes proportions gardées, la mère semble donc bénéficier d'une réelle liberté de conception des soins, ce qui nuance les observations selon lesquelles « le choix de la personne qui va soigner l'enfant ou qui va décider du thérapeute le plus approprié, bien souvent n'est pas fait par la mère de l'enfant » (Ouedraogo, 1999, p.52). A l'inverse, près de 80 % des soins à domicile et des recours externes proposés par le père et les grand-mères sont conçus en concertation : bien que dépositaires de l'autorité morale et le plus souvent du pouvoir économique, ils ne privilégient pas les décisions unilatérales. Ces tendances doivent être interprétées en fonction de la nature du recours : le père décide 2,2 fois plus souvent seul des recours traditionnels que des recours biomédicaux ($p < 0,1$) (tableau annexe 3.16).

Les discussions autour de la décision de pratiquer un acte thérapeutique associent le plus souvent deux personnes, et rarement plus de trois. Les décisions pour les recours externes associent en moyenne plus de personnes que les décisions pour les soins à domicile, et celles pour les recours médicaux plus que celles pour les recours traditionnels.

Les parents de l'enfant consultent moins de personnes différentes que les autres acteurs de l'itinéraire thérapeutique : lorsque leur proposition fait l'objet d'une concertation, la mère et le père interagissent avec 1,1 personnes en moyenne, alors que les autres personnes interagissent avec 1,2 personnes pour les soins à domicile et 1,5 personnes pour les recours externes. De manière peu surprenante, chacun des membres du couple parental se tourne préférentiellement vers son conjoint.

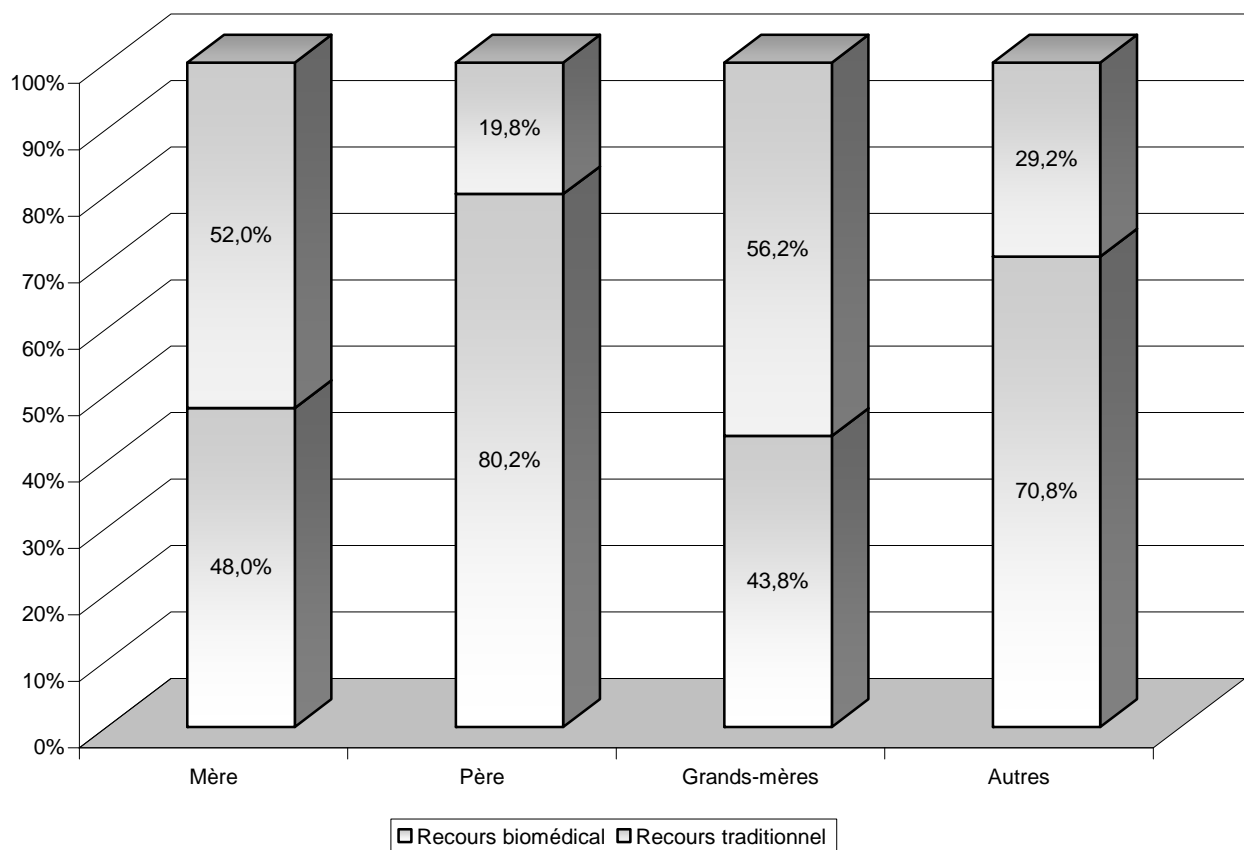
Les différents acteurs de la santé de l'enfant influencent significativement la nature des choix thérapeutiques à tous les niveaux de la quête curative. Ainsi, au niveau des soins à domicile, le père propose dans 80 % des cas des médicaments ; les grands-mères prennent dans la moitié des cas l'initiative de massages et privilégient également l'administration d'aliments spéciaux et d'enveloppement frais (figure 3-13).

Figure 3- 13 : Nature du premier soin à domicile selon l'identité de la personne en ayant pris l'initiative : la mère (N=601), le père (N=104), les grands-mères (N=47) et les autres personnes (N=69)



La mère et les grands-mères proposent dans la majorité des cas des recours traditionnels ($p < 0,01$) (figure 3-14). De plus, lorsqu'elles proposent un recours biomédical, elles privilégient les cases de santé. Au contraire, 80 % des recours externes proposés par le père sont orientés vers une structure sanitaire, le plus souvent vers un poste de santé. A l'image du père, les autres personnes non ascendantes de l'enfant intervenues dans l'itinéraire thérapeutique, qui sont le plus souvent les oncles ou les grands frères de l'enfant privilégient surtout les médicaments et les recours biomédicaux.

Figure 3- 14 : Nature du premier recours externe selon l'identité de la personne l'ayant proposé : la mère (N=150), le père (N=86), les grands-mères (N=32) ou d'autres personnes (N=24)



Le délai pour le premier recours externe varie selon la personne qui en a pris l'initiative : le délai au premier recours en centre de santé est respectivement de 2,4 jours (N=72), 2,6 jours (N=69) et 2,9 jours (N=31) selon que la mère, le père ou les autres personnes en aient pris l'initiative ($t < 0,01$). Concrètement, les recours biomédicaux proposés par la mère interviennent significativement plus fréquemment dans les deux premiers jours de maladie que ceux proposés par le père, et surtout que ceux initiés par d'autres personnes ($p < 0,1$) (tableau annexe 3.19).

Le délai de réalisation du premier recours externe varie également selon le schéma décisionnel (tableau annexe 3.18) : il est en moyenne de 2,2 jours (n=88) pour les recours réalisés par une personne seule et de 2,5 jours (n=204) pour ceux décidés en concertation ($t < 0,1$). Lorsqu'elle décide toute seule, la mère agit nettement plus vite que dans le cadre des décisions concertées ($t < 0,1$). Cette propension à agir plus vite seule ne varie pas selon la nature du recours externe. A l'inverse, si le délai des recours proposés par le père varie peu en fonction du schéma décisionnel, il est significativement plus rapide pour les recours traditionnels que pour les recours biomédicaux ($t < 0,05$).

Lorsque ce sont des personnes extérieures au couple parental qui proposent le premier recours externe, le délai augmente de manière significative, avec un délai moyen maximal pour les recours biomédicaux ($t < 0,1$). Les recours proposés par le père sont également plus rapides lorsqu'ils sont tournés vers les guérisseurs traditionnels, sans fortes variations selon le schéma décisionnel. Le délai de recours biomédical est toujours nettement supérieur à celui du recours traditionnel, sauf pour la mère de l'enfant, surtout lorsqu'elle décide seule.

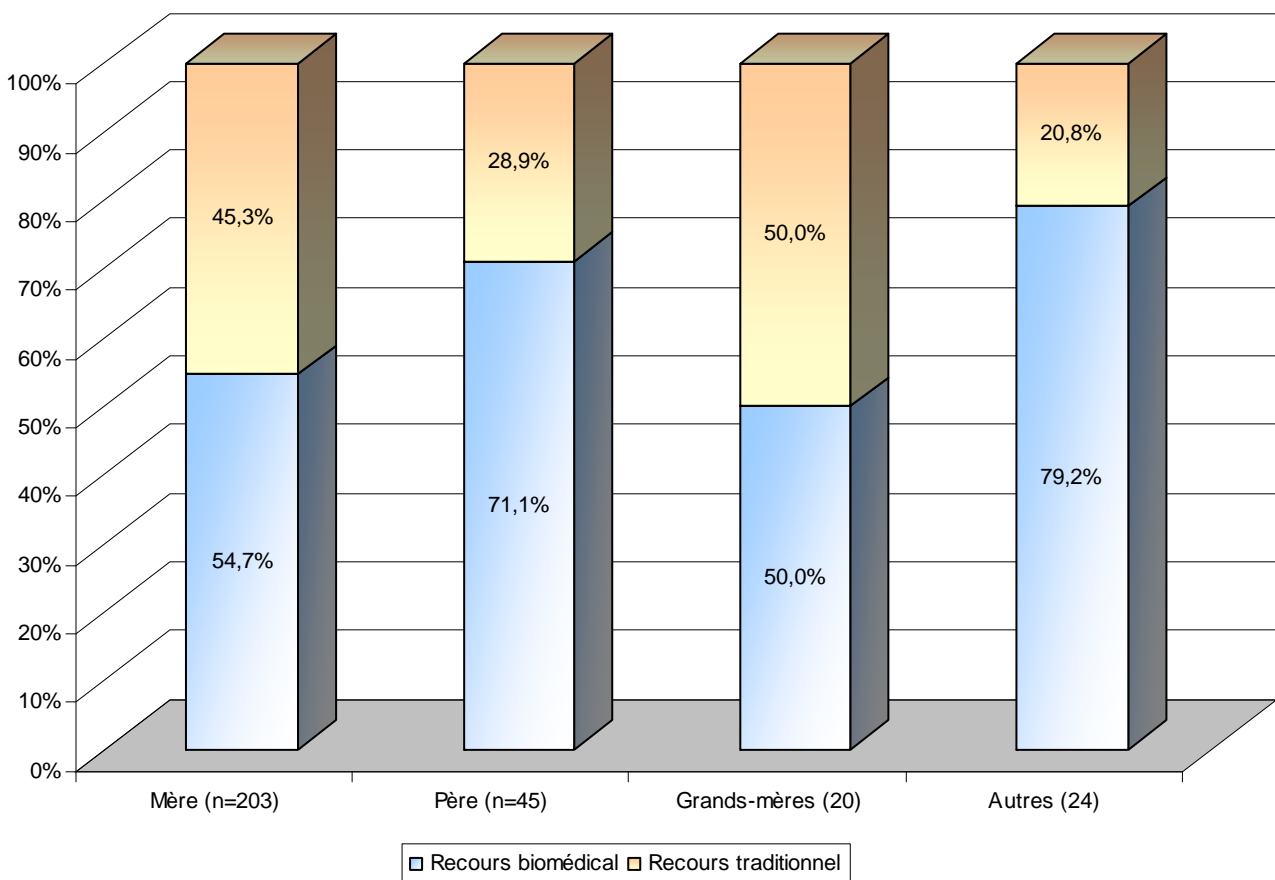
Les résultats mettent en évidence l'existence de variations au niveau des choix thérapeutiques, des modèles décisionnels et des conditions de mise en œuvre des soins selon l'identité de la personne prenant l'initiative de l'acte thérapeutique. De manière conforme à la littérature, ils confirment la tendance des aînés, gardiens des traditions, à orienter les recours aux soins vers des thérapeutes traditionnels, au détriment des structures sanitaires (Adjamagbo et al., 1999).

3.2.4 L'accompagnement de l'enfant

Dans la définition sociale des rôles pour la prise en charge de l'enfant, l'accompagnement du malade en consultation incombe le plus souvent à la mère de l'enfant : elle met en oeuvre près de 70 % des consultations externes, ce qui reste relativement peu élevé au regard d'autres études (Roger-Petitjean, 1999).

Le père emmène l'enfant en consultation dans près de 15 % des cas, les grands-mères dans 7 % des cas et d'autres personnes dans 8 % des cas. L'intervention des personnes *autres* est plus fréquente pour le second recours externe (tableau annexe 3.20). Les grands-mères, et dans une moindre mesure, les mères, tendent à accompagner plus fréquemment les recours traditionnels, et, à l'inverse, le père et les autres personnes accompagnent significativement plus souvent des recours biomédicaux ($p < 0,05$) (figure 3-15).

Figure 3- 15 : Identité de la personne accompagnant le recours externe selon sa nature

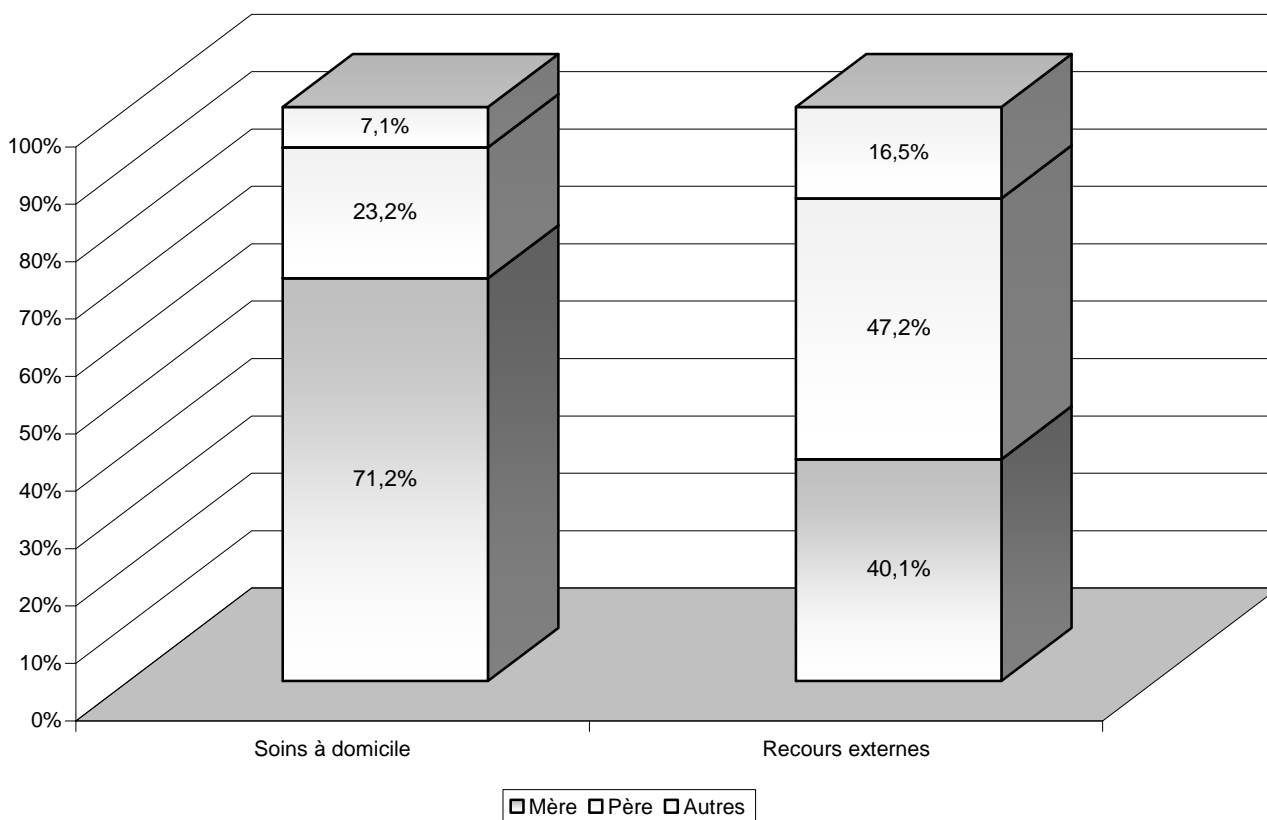


Il existe une forte relation entre le fait de proposer le recours externe et le fait d'accompagner l'enfant pour sa consultation : dans plus de la moitié des cas, la personne accompagnant l'enfant est celle qui a proposé le recours ($p < 0,01$) (tableau annexe 3.21).

3.2.5 La prise en charge financière des soins

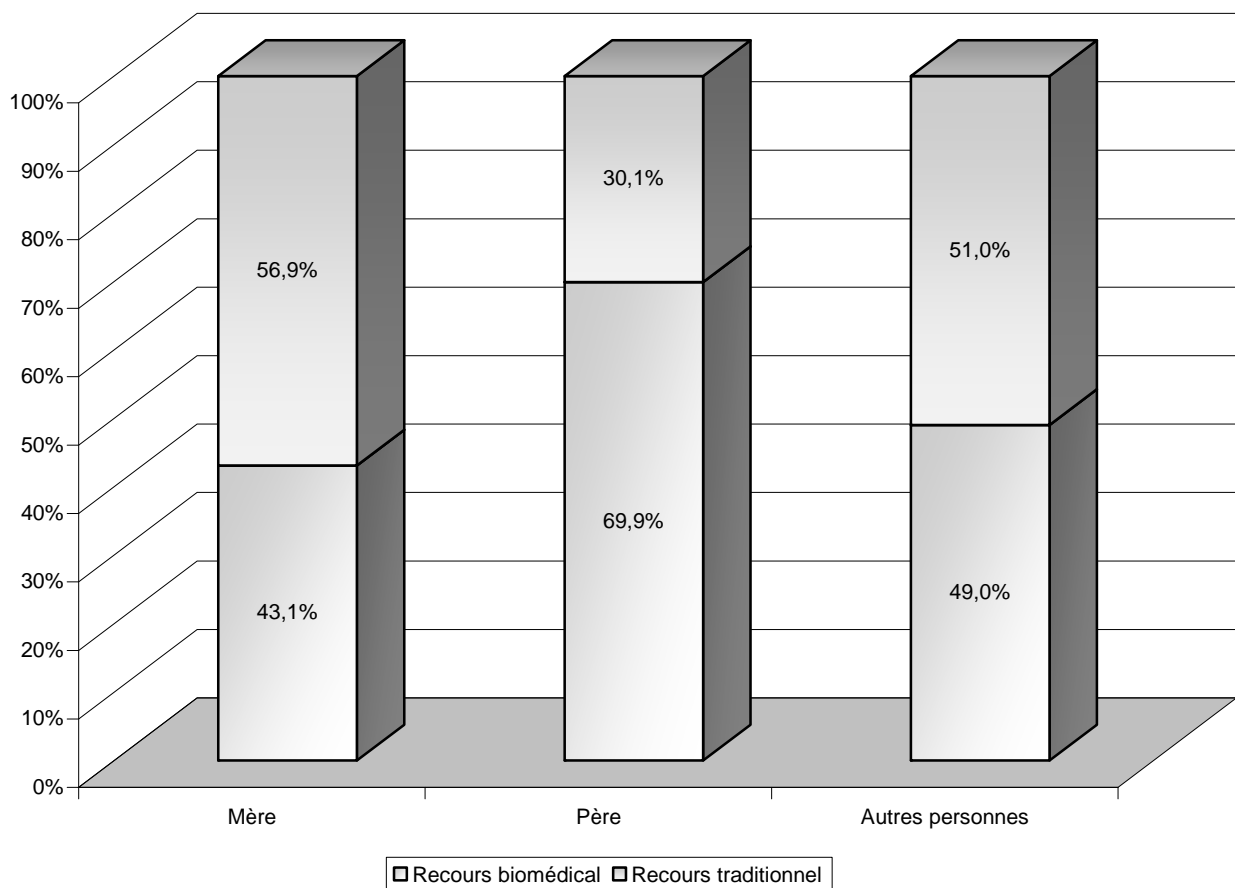
Dans l'immense majorité des cas, la prise en charge financière est assurée par une seule personne : moins de 2 % des soins à domicile payants ($n=535$) et de 4 % des recours externes payants ($n=309$) ont donné lieu à un co-financement par plusieurs personnes. La mère est la principale source de financement des soins pratiqués spontanément au sein de la concession ; le père finance assez peu les soins à domicile et les personnes extérieures au couple parental moins de 10 % (figure 3-16). A l'inverse, le père est le principal bailleur des recours externes ; la mère paie cependant le coût de la consultation et du traitement dans près de 40 % des recours externes. Les personnes extérieures au couple parental ont une participation financière plus que symbolique : ils financent 15 % des recours externes.

Figure 3- 16 : Identité des personnes ayant participé à la prise en charge financière des soins à domicile (N=535) et des recours externes (N=309)



La nature des soins à domicile est peu associée à l'identité de la personne qui les finance : le coût moyen des soins à domicile ayant entraîné un coût varie peu selon l'identité de la personne les ayant proposé ou mis en œuvre les soins (tableaux annexe 3.22 et annexe 3.23). Cependant, le mode d'approvisionnement en médicaments consommés en automédication varie selon les personnes : la mère et les personnes autres utilisent plus fréquemment des médicaments déjà conservés dans la concession, sans les acheter, alors que le père utilise le plus souvent des médicaments achetés spécifiquement pour traiter l'épisode morbide (tableau annexe 3.25). En revanche, l'identité de la personne finançant le recours externe est fortement associée à la nature de la filière thérapeutique. En effet, 70 % des recours pris en charge par le père sont de nature biomédicale, alors que, dans la majorité des cas, la mère et les personnes autres financent des recours traditionnels (figure 3-17). De fait, la moitié des recours traditionnels est financée par la mère et près de 60 % des recours en structure sanitaire par le père de l'enfant ($p < 0,01$).

Figure 3- 17 : Personne finançant les deux premiers recours externes selon leur nature : la mère (N=123), le père (N=146) ou les autres personnes (N=51)



L'identité de la personne finançant le ou les recours externes est fortement associée à l'identité des personnes impliquées dans les phases de conception et de mise en œuvre du recours. De manière générale, la personne qui a proposé le recours ou accompagné l'enfant en consultation finance plus souvent le recours externe ($p < 0,01$). Ainsi, la mère finance près de la moitié des premiers recours externes qu'elle propose ou met en œuvre contre moins de 15 % des autres et, lorsqu'elles sont impliquées auparavant, les personnes extérieures au couple parental financent 2,5 fois plus souvent les recours ($p < 0,01$). A l'inverse, si le père finance plus de 65 % des recours qu'il propose ou met en œuvre, il prend également en charge plus de 30 % des recours qu'il n'a pas proposé ou accompagné.

L'identité de la personne mettant en œuvre le recours influe sur la somme mobilisée. Le père mobilise en moyenne plus de 2 000 Francs CFA, soit 2,7 fois plus que la mère et 2,0 fois plus que les autres personnes ($t < 0,05$) (tableau 3-6). Les personnes extérieures au couple parental mobilisent en moyenne plus de 500 Francs CFA pour les recours traditionnels, soit 2,8 fois plus que la mère de l'enfant ($t < 0,05$).

Tableau 3- 6 : Somme mobilisée en Francs CFA pour le premier recours externe selon la personne accompagnant l'enfant en consultation

	Recours biomédical		Recours traditionnel		Ensemble	
Mère accompagnant	1269	109	192	92	776	201
Père accompagnant	2673	29	718	13	2068	42
Autres accompagnant	1302	23	537	13	1026	36
Total	1527	161	288	118	1003	279

Le schéma décisionnel influe sur les conditions de la prise en charge financière du recours externe, indépendamment de la nature de la filière thérapeutique. Ainsi, pour le premier recours externe, le montant mobilisé dans le cadre des recours décidés en concertation (1 072 Francs CFA, $n=194$) est légèrement supérieur à celui des recours décidés seuls (844 Francs, $n=85$).

Alors que plus de 70 % des recours externes réalisés par le père de l'enfant sont mis en œuvre avec une somme supérieure à 500 Francs CFA, près de 60 % des recours accompagnés par la mère sont réalisés avec une somme inférieure ou égale à 500 Francs CFA.

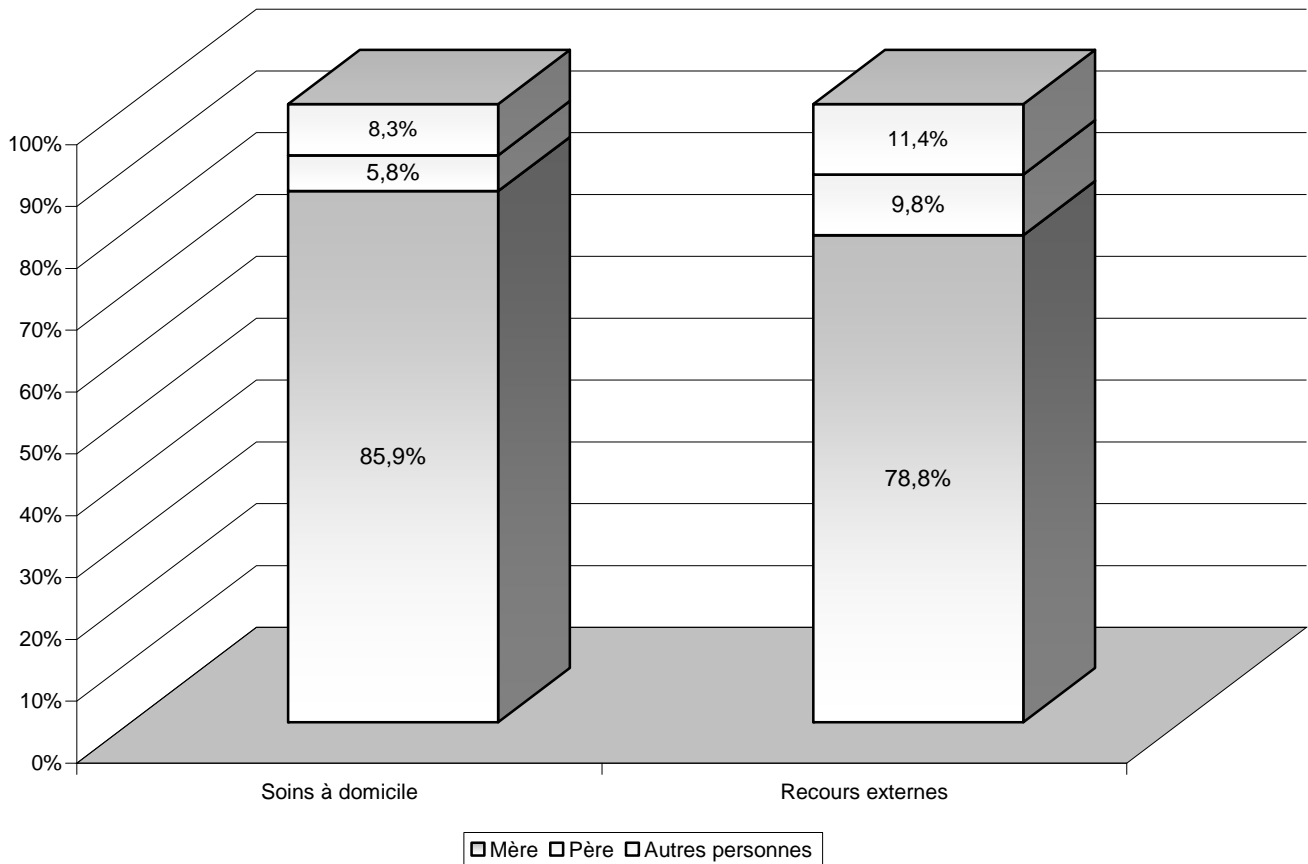
La propension du père à partir en consultation avec des montants significativement plus élevés que la mère de l'enfant s'observe pour les recours biomédicaux ($t < 0,01$) comme pour les recours traditionnels ($t < 0,01$). En particulier, dans 80 % des recours biomédicaux et 30 % des recours traditionnels qu'il met en œuvre, le père mobilise plus de 1000 Francs CFA, contre respectivement 65 % et 5 % des recours réalisés par la mère (tableau annexe 3.26).

Lorsqu'il est décidé en concertation, le coût effectif du premier recours externe est légèrement supérieur à celui des recours décidés seuls. Ce résultat peut être expliqué par la mobilisation de sommes plus importantes en cas de concertation, offrant une plus grande capacité à payer des traitements onéreux, mais également par l'impact d'un traitement intervenant plus tardivement.

3.2.6 L'administration du traitement

La mère prodigue près de 80 % des soins à domicile et des traitements prescrits après consultation ; le père en administre moins de 10 % (figure 3-18). La personne administrant le traitement varie peu selon le rang de pratique des soins, même si le père pratique moins fréquemment les soins à domicile en seconde instance ($p < 0,01$) (tableau annexe 3.27).

Figure 3- 18 : Identité de la personne administrant les soins pratiqués spontanément à domicile (N=535) et après prescription lors d'un recours externe (N=255), en première et en seconde instance



Les différents membres de la cellule familiale administrent des soins de natures différentes : plus de 80 % des traitements administrés après consultation par le père et la mère sont médicamenteux alors que les personnes *autres* administrent des traitements traditionnels dans 60 % des cas ($p < 0,01$)⁷¹. Cependant, hormis le fait que tous les soins à base de sirop de chloroquine sont administrés par la mère de l'enfant, la nature des médicaments ingérés ne varie pas selon la personne les administrant.

L'administration du soin est la dernière étape du processus thérapeutique et l'identité de la personne mettant en œuvre le traitement est fortement corrélée à l'identité des personnes impliquées dans les étapes antérieures. Ainsi, la mère prodigue plus de 90 % des soins à domicile qu'elle propose, mais moins de la moitié des soins proposés par le père de l'enfant ($p < 0,01$).

⁷¹ Significativité soumise à caution en raison de la faiblesse des effectifs

3.2.7 Conclusion partielle

A Niakhar, la prise en charge de la maladie de l'enfant apparaît avant tout comme un processus collectif, construit selon un découpage des rôles socialement organisé. Chacun des membres de la cellule familiale intervient dans un registre d'action prédéfini, en fonction des rapports de genre et intergénérationnels qui fixent les normes de partage du pouvoir, délimitent les sphères d'activité et l'accès aux ressources financières (Castle, 1993, p.139 ; Tanner et al., 1998, p.528). Au sein du cadre collectif de prise en charge de la maladie, la nature, le moment et les modalités de l'intervention de la mère, du père et des personnes extérieures au couple parental sont spécialisés. Les membres de la parenté de l'enfant remplissent des rôles précisément fixés et complémentaires entre eux : «les individus insérés dans les réseaux sociaux sont plus qu'une source d'influence dans la recherche de soins, ils sont des conseillers et des intervenants intégrés à un système de prise en charge thérapeutique collectif»⁷² (Pescolido, 1992, p.1113 ; Janzen, 1978 ; Igun, 1987).

L'étude des pratiques thérapeutiques des différents membres de la cellule familiale doit être insérée dans la perspective de ce modèle collectif de prise en charge de la maladie de l'enfant. Il apparaît important de dissocier, dans l'analyse des comportements, les effets des choix individuels et les effets de la répartition sociale des rôles pour soigner l'enfant : dans quelle mesure le père tend, par préférence à orienter un soin vers une structure sanitaire et dans quelle mesure le découpage des rôles au sein de la sphère domestique sereer lui confère la charge de décider un recours biomédical en cas d'épisode morbide grave ? Les choix thérapeutiques opérés ne sont pas le simple prolongement de représentations différentes, mais également le fruit du découpage social des rôles imposé par les rapports de genre et les mécanismes de distribution des ressources au sein de la famille sereer. Dans une analyse faisant appel aux fondements de la psychologie sociale et de la sociologie interactionniste, c'est plus généralement la place occupée dans le groupe, la forme du groupe et les liens entre les personnes qui le compose qui déterminent les choix thérapeutiques et les conditions d'intervention dans l'épisode morbide des différents membres de la cellule familiale (Becker, 1963).

⁷² Traduction de l'auteur: « individual in social networks are more than an influence on help seeking, they are caregivers and advisors, part of a « therapy managing group ».

Nos résultats montrent que l'épisode morbide appartient fondamentalement à la sphère de responsabilité maternelle : la mère de l'enfant est la principale actrice de l'itinéraire curatif. L'implication de la mère n'est cependant pas uniforme à toutes les étapes du processus thérapeutique : ses interventions sont plus centrées sur la mise en oeuvre que sur la conception des actes thérapeutiques ; son activité diminue avec le temps de maladie, pour les recours externes et pour les soins pratiqués en seconde instance. Conformément à la littérature, la mère de l'enfant reconnaît en premier lieu les symptômes de maladie, s'alarme des signes pathologiques et propose les premières réponses thérapeutiques, dans de courts délais (Werner, 1989, p.347 ; Garenne, 1989 ; Konradsen, 2000 ; Mwenesi, 1994 ; Mwenesi et al., 1995 ; Lehesran et al., 2002). Dans une première phase, la maladie de l'enfant est confinée à la sphère de responsabilité maternelle : bénéficiant de sa grande proximité au jeune enfant, elle est relativement autonome pour prodiguer les premiers soins, notamment ceux pratiqués spontanément dans la concession. Dans la population étudiée, l'affirmation du statut de femme dépend en grande partie de la capacité à être mère, entendue comme la capacité à engendrer et à s'occuper de ses enfants. Toute mère confrontée à la maladie cherche donc à la fois à soigner son enfant et à faire preuve de sa capacité à soigner son enfant malade : dans les premières heures de maladie, la mère a tendance à décider seule et à agir vite, en utilisant les ressources les plus directement accessibles pour prouver sa capacité à soigner l'enfant sans aide extérieure. Dans sa recherche de solutions rapides et faciles à mettre en oeuvre, la mère de l'enfant, souvent dans l'incapacité de pouvoir faire face aux dépenses des postes de santé, privilégie les soins à domicile et les consultations auprès de thérapeutes traditionnels.

La posture de la mère dans le processus thérapeutique est complexe : elle est loin d'être un acteur autonome et indépendant ; elle n'est pas non plus systématiquement mise sous tutelle et, pour l'essentiel, bénéficie d'un réel espace d'action, avec un véritable pouvoir de décision. Les limites du champ d'intervention de la mère semblent principalement définies par le poids des contraintes, en terme d'enjeux de la maladie et d'autonomie financière (Ettling et al., 1989 ; Rashed et al., 1999). La tendance de la mère à financer plus fréquemment des recours traditionnels que des recours biomédicaux s'explique ainsi par un faible accès aux ressources financières de la famille : si elle peut s'acquitter de soins à domicile coûtant moins de 100 Francs CFA ou de recours traditionnels de moins de 200 Francs CFA, il lui est plus difficile d'assurer un recours en poste de santé dont le coût moyen est supérieur à 1000 Francs CFA.

Le manque d'autonomie financière de la mère limite sa capacité à gérer seule la maladie au-delà d'un certain stade et, en cas d'échec des premiers soins, elle doit faire appel à d'autres membres de la cellule familiale. C'est lorsque la maladie se prolonge ou que les symptômes s'intensifient que la mère se doit de chercher un appui moral ou financier pour trouver des soins efficaces : elle n'a, dès lors, plus « toute latitude de choix et l'intervention du père des enfants ou des grands-parents est susceptible d'influencer les décisions prises » (Adjamagbo et al., 1999, p.121 ; Locoh et al., 1992 ; Ouedraogo, 1999).

L'intervention du père de l'enfant dans le processus thérapeutique s'inscrit dans une perspective complètement différente. Le père agit surtout en tant qu'autorité morale et financière. Il est relativement peu concerné par la mise en œuvre des soins, mais est impliqué dans une part importante des décisions, bien qu'il avalise plus qu'il ne propose les actes thérapeutiques. Le champ d'action du père, principalement centré sur le financement des soins, concerne surtout les recours externes et, dans une moindre mesure, les soins à domicile envisagés en seconde instance. Le père intervient peu dans le traitement des épisodes courts et bénins : « les femmes restent les soignantes privilégiées dans le domaine des affections courantes qui touchent leur progéniture » (Kalis, 1997, p.196). L'implication du père augmente avec la difficulté d'accès aux actes thérapeutiques : en cas d'échec des premiers soins à domicile, de prolongement ou d'aggravation de la maladie, il incombe au père, désigné par la tradition comme le responsable « financier » de la cellule domestique (Troy, 1996), de prendre en charge d'autres types de soins, plus onéreux, qu'il les ait lui-même proposés ou qu'ils aient été initiés et réalisés par d'autres personnes.

Le cadre de l'intervention du père explique en partie son comportement pour la prise en charge de la maladie de l'enfant (Garenne, 1989, p.165). Ainsi, le fait qu'il soit principalement impliqué dans des soins difficiles à mettre en œuvre explique en partie sa tendance à privilégier les décisions prises dans la concertation et après de longs délais : bien que détenteur de l'autorité morale, le père décide rarement seul. Plus encore, l'association entre l'implication du père et la mise en œuvre de recours en structure sanitaire peut également être interprétée comme un effet des conditions de son intervention : en effet, au niveau des soins à domicile, le père ne manifeste pas une plus forte propension à proposer un traitement par chloroquine.

Les personnes extérieures au couple parental interviennent relativement peu et surtout en seconde instance : elles ne se substituent pas d'emblée aux parents biologiques de l'enfant, mais apportent, lorsque nécessaire, un appui pour un épisode morbide durant dans le temps. Les personnes extérieures au couple parental agissent principalement en temps que forces de proposition et de mise en œuvre de soins, mais rarement sous la forme de soutien financier. Enfin, les grand-mères de l'enfant privilégient les soins traditionnels.

Dans la littérature, l'analyse des comportements thérapeutiques de chacun des membres de la cellule familiale est, à juste titre, le plus souvent posée en terme de pouvoir, d'autonomie, d'accès aux ressources. Nos résultats mettent également en évidence l'impact des obligations sociales sur les comportements thérapeutiques. Ainsi, l'organisation sociale, culturelle et économique des rôles pour assurer le traitement d'un enfant malade investit le père de la responsabilité de décider et de financer en cas d'épisode grave, c'est à dire menaçant la survie de l'enfant ou nécessitant le recours à des soins onéreux : il lui revient donc de prendre l'initiative d'une consultation en structure sanitaire.

Par ailleurs, en dehors du champ de la maladie, chacun des membres de la cellule familiale est tenu de remplir un certain nombre d'obligations. En particulier, en Afrique rurale, les femmes assurent une grande charge de travail : elles s'occupent du suivi des enfants, des corvées d'eau, de la préparation du repas, des récoltes, et du ménage. Les pratiques thérapeutiques qu'elles conçoivent ou mettent en œuvre sont fonction de leurs lourdes obligations sociales, qu'elles doivent continuer d'assumer pendant qu'elles soignent l'enfant malade.

L'étude de la nature et des conditions d'intervention de la mère, du père et des personnes extérieures au couple parental souligne l'existence d'une véritable organisation sociale des rôles pour la prise en charge de la maladie de l'enfant, dont les différentes caractéristiques sont synthétisées dans le tableau 3-7.

Tableau 3- 7 : Modalités d'intervention des membres de la cellule familiale dans l'itinéraire thérapeutique

		Mère	Père	Grand-mères	Autres
Soins à domicile	Type de décision	Seule	Concertation	Concertation	Mixte
	Type des soins	Mixte	Biomédical	Traditionnel	Mixte
	Administration	Très fréquent	Rare	Très rare	Très rare
	Financement	Très fréquent	Rare	Très rare	Très rare
Recours externe	Type de décision	Mixte	Concertation	Concertation	Concertation
	Type des soins	Mixte	Biomédical	Traditionnel	Biomédical
	Délai	Assez rapide	Peu rapide	Tardif	Tardif
	Fréquence Administration	Très fréquent	Rare	Rare	Rare
	Nature administration	Biomédical	Biomédical	Traditionnel	Traditionnel
	Fréquence financement	Fréquent	Fréquent	Rare	Rare
	Nature financement	Mixte	Biomédical	Mixte	Mixte

Ce modèle reste très général. Il est notamment susceptible de varier en fonction des caractéristiques de l'épisode morbide. En effet, un épisode court et bénin, efficacement traité par des soins à domicile, peut être pris en charge par un seul individu. En revanche, lorsque la maladie se singularise par une évolution inattendue ou des manifestations spectaculaires, la nécessité d'avoir une réaction rapide et efficace tend à concerner toute la cellule familiale : « pour une banale maladie nécessitant seulement le recours au dispensaire ou à la guérisseuse du quartier, et donc mobilisant une énergie et une somme minimales, la décision peut être prise par la mère (ou une autre femme de la maison, tante ou grand-mère) ; en revanche, pour une affection qui engage des frais plus importants [...], le père sera presque toujours partie prenante de la décision » (Fassin, 1992, p.166).

L'organisation des rôles dépend également de l'histoire de l'itinéraire thérapeutique, construit par un enchaînement d'étapes successives où les phases de proposition, de discussion, d'accompagnement, de financement et d'administration ne sont pas indépendantes.

Chapitre 4 - Analyse univariée des déterminants des comportements de recours aux soins

Dans l'objectif de démontrer que les comportements de recours aux soins sont déterminés par une multiplicité de facteurs, l'analyse univariée étudie l'influence de plusieurs groupes de déterminants, considérés de manière indépendante. Nous avons regroupé les déterminants en six catégories explicatives : la symptomatologie ; les connaissances, les représentations et les attitudes en matière de santé ; les caractéristiques socio-démographiques ; les caractéristiques économiques ; la morphologie de la cellule familiale ; la situation de l'épisode morbide. L'analyse univariée prend la forme d'une recherche systématique des relations entre différentes variables et les comportements de recours aux soins, mais l'étude de chaque facteur repose sur une hypothèse spécifique, à partir de laquelle nous tentons d'expliquer les mécanismes de détermination des comportements de recours aux soins. Confortés par les résultats descriptifs ayant mis en évidence le caractère collectif de la conception et de la mise en œuvre des actes thérapeutiques, nous avons fait le choix de dépasser le paradigme faisant de la mère l'acteur exclusif du recours aux soins en prenant systématiquement les caractéristiques du père de l'enfant.

4.1 Caractéristiques de la maladie enquêtée

Ce chapitre s'intéresse à l'influence des caractéristiques de la maladie sur les comportements de recours aux soins. Notre hypothèse pose que les pratiques thérapeutiques ne sont pas produites *ex nihilo*, indépendamment des circonstances de survenue de la maladie, mais, au contraire, en réponse à une situation morbide spécifique. Les choix thérapeutiques de la population suivent une logique pragmatique adaptant les soins prodigués aux caractéristiques de la maladie : la nature, l'intensité et la durée de la symptomatologie, mais également la perception de la maladie de l'enfant sont associées à la pratique de soins différents, dans des délais et pour des durées variables. Pour étudier l'influence des caractéristiques de la maladie, nous nous sommes intéressé dans un premier temps à la symptomatologie de l'épisode morbide et dans un second temps à la perception de la maladie par les proches de l'enfant.

4.1.1 La symptomatologie

4.1.1.1 Caractéristiques de la symptomatologie

La définition de variables pertinentes pour analyser l'influence de la symptomatologie sur les pratiques thérapeutiques suppose, au préalable, une étude descriptive de la nature, du nombre, de l'intensité et de la durée des symptômes caractérisant les épisodes morbides enquêtés.

Tous les enfants intégrés à l'échantillon d'enquête ont été atteints de fièvres, le plus souvent associées à des céphalées et à un état d'indisposition, manifesté par un comportement anormal de l'enfant, avec une somnolence ou une inappétence. Les épisodes morbides sont également caractérisés par un ensemble de symptômes moins fréquents, tels que les vomissements, les douleurs corporelles, la diarrhée, l'asthénie⁷³, les problèmes d'ictères, les gonflements, le mal de côte et les crises convulsives (tableau annexe 4.1).

La symptomatologie des épisodes morbides évolue fortement jour après jour. Le premier jour de maladie est caractérisé par la présence simultanée de nombreux symptômes intenses, mais la sévérité clinique de la symptomatologie diminue dès le deuxième jour de maladie, pour se stabiliser dans la majorité des cas à partir du troisième jour (tableau annexe 4.1). Ainsi, la fièvre forte concerne plus de 90 % des épisodes morbides le premier jour de maladie, la moitié des épisodes le second jour de maladie et près de 20 % par la suite ; la moitié des enfants vomissent le premier jour de maladie mais moins de 10 % à partir du troisième jour de maladie ; l'indisposition concerne plus de 95 % des enfants le premier jour de maladie, 70 % le second jour et près du tiers des enfants malades par la suite ; près de 75 % des enfants se plaignent de céphalées le premier jour de maladie, plus de la moitié le second jour et près de 20 % par la suite. Parmi les autres symptômes associés, les convulsions touchent moins de 2 % des enfants, les douleurs corporelles concernent 15 % des enfants le jour d'apparition des symptômes mais diminuent avec le temps, la diarrhée touche entre 5 % et 15 % des enfants malades tout au long de la maladie, les problèmes respiratoires moins de 10 % des enfants et les problèmes d'ictères près de 1 % des enfants malades. Dans près de 2 % des épisodes enquêtés, la fièvre est associée à des problèmes de peau, de brûlures, de boutons ou de plaies, remettant en cause le diagnostic de paludisme présomptif.

⁷³ Difficulté à respirer, toux

Dans un cadre de forte activité thérapeutique, la diminution de la sévérité clinique au cours des premiers jours de maladie apparaît logique. L'évolution dans le temps des symptômes suggère cependant l'existence de plusieurs profils symptomatiques, correspondant à des niveaux de gravité différents. Cependant, la gravité de la maladie est une notion subjective et difficile à opérationnaliser en l'absence d'un examen clinique pratiqué par un médecin. Nous avons cherché à caractériser les différences empiriques entre les tableaux cliniques sur la base, d'une part, de la présence continue de symptômes durant plusieurs jours et, d'autre part, en fonction de la durée de la maladie.

Dans la mesure où la pratique thérapeutique influence elle-même l'évolution des symptômes, notre étude descriptive de la persistance des symptômes se concentre sur les deux et trois premiers jours de maladie. Durant les deux premiers jours de maladie, plus du tiers des enfants souffrent de manière continue de fortes fièvres, d'indispositions ou de céphalées (tableau 4-1). Moins de 15 % des enfants vomissent les deux premiers jours de maladie ; les autres symptômes, la diarrhée, les problèmes respiratoires et les douleurs corporelles touchent près de 20 % des enfants. Le troisième jour de maladie apparaît comme un palier : durant les trois premiers jours de maladie, moins de 15 % des enfants ont souffert d'une forte fièvre de manière continue, un tiers a été indisposé et un quart atteint de céphalées. A la lumière de ces résultats, la persistance des symptômes au cours des deux premiers jours de maladie nous paraît constituer un indicateur permettant de dissocier différents types de tableaux cliniques, en limitant les biais endogènes liés aux pratiques thérapeutiques.

Tableau 4- 1 : Proportion des enfants malades présentant les différents symptômes de manière continue les deux (N=902) et trois (N=868) premiers jours de maladie

	Deux premiers jours de maladie		Trois premiers jours de maladie	
	%	N	%	N
Fièvre forte	38,9	351	14,9	129
Vomissements	14,6	132	6,2	54
Vomissements forts	7,4	67	3,1	27
Indisposition	70,2	633	37,4	325
Céphalées	56,0	505	23,0	200
Autre symptôme	20,1	181	13,8	120
Diarrhée	6,8	61	4,8	42
Douleurs corporelles	7,6	69	2,8	24
Asthénie	4,9	44	4,3	37

La durée de la maladie constitue, dans le cadre d'une étude rétrospective à courte période de référence, l'un des seuls éléments permettant de caractériser la maladie de manière relativement objective.

La durée des épisodes morbides enquêtés est très variable. Au moment du passage de l'enquêteur pour collecter les données, plus de 77,9 % des enfants étaient considérés comme guéris et près de 21,5 % comme encore malades ; 5 enfants, représentant 0,6 % de l'échantillon, sont malheureusement décédés de l'épisode morbide enquêté. Parmi les enfants considérés comme guéris au passage de l'enquêteur, 62,5 % étaient guéris au quatrième jour de maladie, la durée moyenne de maladie étant de 4,6 jours, avec un écart type de 1,8 jours (tableau annexe 4.2). Parmi les épisodes morbides non terminés au passage de l'enquêteur, près de 90 % des enfants étaient malades depuis au moins 7 jours (tableau annexe 4.3).

La durée des épisodes morbides guéris au passage de l'enquêteur varie significativement en fonction de la symptomatologie. La persistance de fièvres ou de vomissements les deux premiers jours de maladie est associée à une maladie plus longue, 5,4 jours, alors que la présence continue d'indisposition ou de céphalées n'est pas liée à la durée de la maladie (tableau annexe 4.4). Ainsi, à peine 10 % des enfants avec des fièvres fortes ou des vomissements les deux premiers jours de maladie sont guéris le troisième jour contre 20 % des enfants indisposés et 25 % de ceux atteints de céphalées (tableau annexe 4.5). Les relations sont renforcées lorsqu'on considère simultanément au moins deux signes cliniques : moins de 5 % des enfants avec fièvres et vomissements sont guéris le troisième jour de maladie contre près de la moitié des enfants sans vomissements ni fièvres fortes.

La prise en compte des pratiques thérapeutiques confirme l'existence de différents profils morbides parmi les épisodes de l'échantillon d'enquête : moins de 15 % des enfants guéris au quatrième jour de maladie ont consulté en structure sanitaire contre près de 30 % des enfants encore malades ($p < 0,01$) (tableau annexe 4.6). En dépit de leurs « propriétés pharmacologiques intéressantes » (Epelboin, 1978, p.77), les soins à domicile traditionnels et l'automédication ne sauraient totalement expliquer ce décalage : une partie de l'échantillon d'enquête correspond à des épisodes morbides de faible gravité, perçus comme résorbés en peu de temps et en l'absence de traitement adapté.

Ces observations sur la durée des épisodes morbides constituent également une base d'évaluation de la qualité des données. L'identification dans le temps d'un moment de début de maladie et d'un instant de guérison est un exercice arbitraire rendant sensibles les notions de « tomber malade » et de « guérison ». Les résultats montrant une morbidité intense, voire maximale, dès le premier jour de maladie et une guérison rapide, après quelques jours de maladie, le plus souvent sans que l'enfant ait reçu un traitement adapté, posent le problème de la subjectivité du moment désigné comme celui de la survenue de la maladie et de sa guérison.

Dans une certaine mesure, ces observations peuvent s'expliquer par les caractéristiques biomédicales du paludisme, pouvant se manifester par une apparition brutale de fièvres, et dont les cycles intermittents contribuent à donner l'impression d'amélioration, voire de guérison⁷⁴. Il reste cependant que l'instant de déclaration du début de l'épisode morbide est conditionné par un certain seuil de visibilité de la maladie. L'identification de la maladie coïncide en effet bien souvent avec l'état d'intensité maximale des symptômes : le jour de déclaration de la maladie est celui où le nombre de symptômes associés est le plus important, avec plus de 90 % des enfants souffrant de fièvre forte ou d'indisposition et 45 % atteints de vomissements. Dès lors, il apparaît possible qu'en dépit de toutes les précautions méthodologiques, dans certains cas, le jour déclaré comme celui de début de maladie corresponde en réalité à un épisode morbide courant depuis un ou deux jours.

Cette observation est une invitation à la prudence dans l'analyse de la dimension temporelle de la maladie : l'identification tardive du début de la maladie peut parfois expliquer le fait que l'épisode morbide se termine en quelques jours ; la durée réelle des épisodes morbides et le délai réel de mise en œuvre des soins peut parfois avoir été sous-estimé. Dans la même logique, la courte durée de certains épisodes morbides doit parfois plus être considérée comme l'expression d'une amélioration temporaire de l'état clinique de l'enfant, même si ses défenses immunitaires sont affaiblies, que comme une guérison définitive.

⁷⁴ Se reporter au chapitre 3.1.1.5. Dans une discussion spécifique, il serait possible de s'interroger plus profondément sur le statut d'un enfant porteur d'un nombre élevé de parasites, mais semblant guéri, sachant qu'il est susceptible de chuter ou rechuter en quelques minutes.

4.1.1.2 Influence sur les pratiques thérapeutiques

A la lumière de l'étude des caractéristiques des épisodes enquêtés, nous avons choisi d'articuler l'analyse de l'influence de la symptomatologie sur les pratiques thérapeutiques à partir de trois indicateurs distincts. Dans l'objectif d'étudier les pratiques thérapeutiques au cours des premières heures de maladie, et considérant que la persistance des symptômes distingue clairement des profils symptomatiques différents, notre principal indicateur prend en compte la présence continue de certains symptômes les deux premiers jours de maladie. Cependant, pour contrôler l'influence des effets des soins à domicile, pratiqués à 85 % (n=1461) le jour d'apparition des symptômes, nous établirons un second indicateur, basé sur les caractéristiques de la symptomatologie le premier jour de maladie. Enfin, pour analyser pleinement la dimension temporelle du recours aux soins, et puisque, pour les répondants, le principal facteur de gravité est la persistance des symptômes⁷⁵, un troisième indicateur sera centré sur la présence de symptômes continus durant au moins 48 heures consécutives.

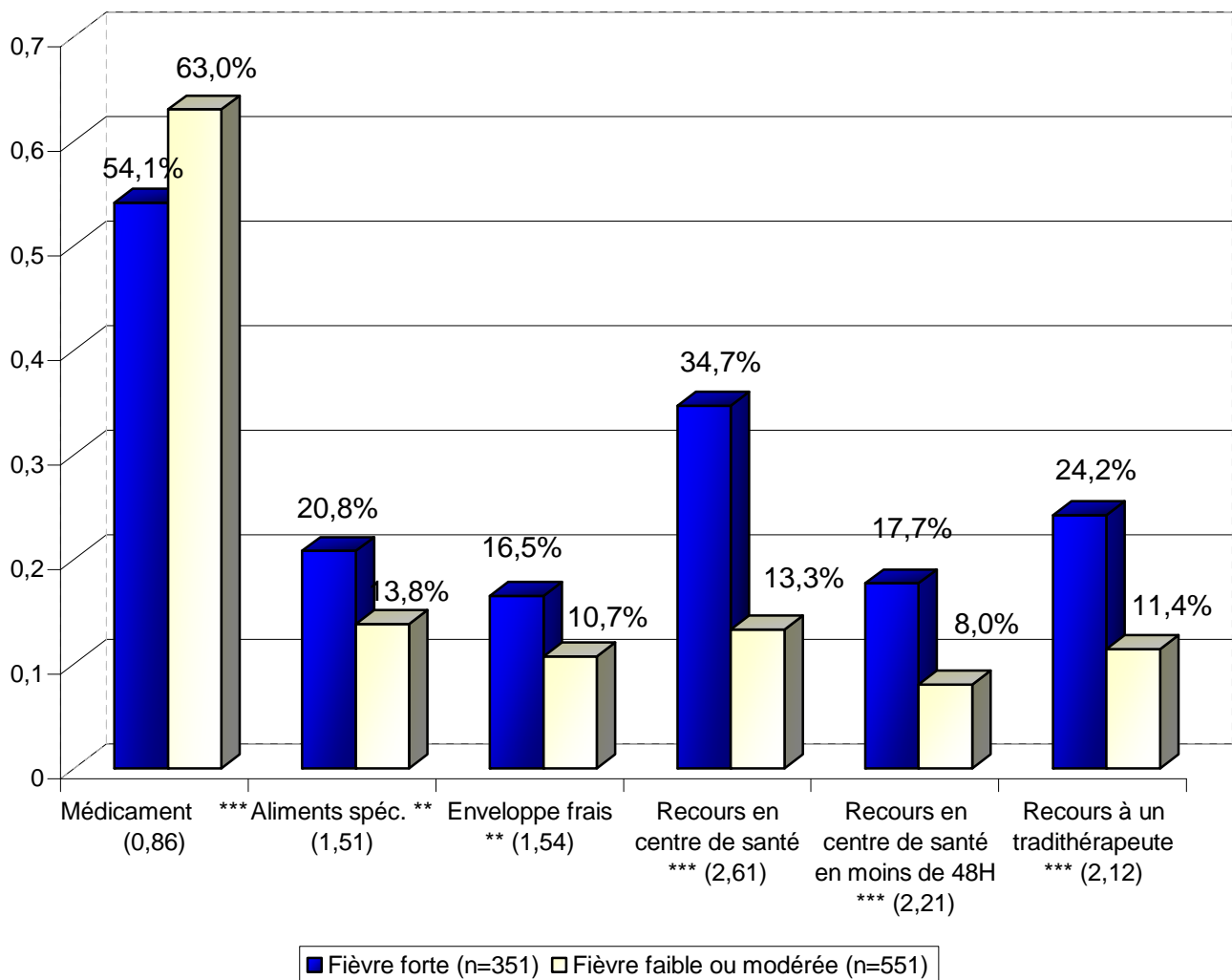
Au regard de la littérature épidémiologique, de la description des caractéristiques des épisodes morbides, nous avons choisi d'articuler en premier notre analyse des associations entre les caractéristiques de la symptomatologie rapportée et les pratiques thérapeutiques sur l'étude de la fièvre, des vomissements et de l'indisposition. Dans un second temps, nous avons étudié l'influence des diarrhées, des convulsions, des céphalées et des douleurs corporelles.

Dans la mesure où près de 95 % des enfants sont atteints de forte fièvre le premier jour de maladie, nous avons principalement étudié l'influence de la présence continue d'une forte fièvre les deux premiers jours de maladie⁷⁶. La présence d'une fièvre forte continue les deux premiers jours de maladie influence fortement la nature, le volume et le délai des pratiques thérapeutiques. Elle favorise la mise en œuvre d'une activité thérapeutique intense : moins de 1,5 % des enfants avec forte fièvre continue les deux premiers jours de maladie ne reçoivent aucun soin, soit trois fois moins que les autres enfants (figure 4-1).

⁷⁵ Se reporter au chapitre 5.2 portant sur les connaissances et les représentations en matière de santé.

⁷⁶ La présence de fortes fièvres le premier jour de maladie est associée à une ingestion légèrement plus fréquente de chloroquine et moins de soins par aliments spéciaux (tableau annexe 4.7).

Figure 4- 1 : Pratiques thérapeutiques selon l'intensité de la fièvre les deux premiers jours de maladie : fièvre forte continue ou modérée



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

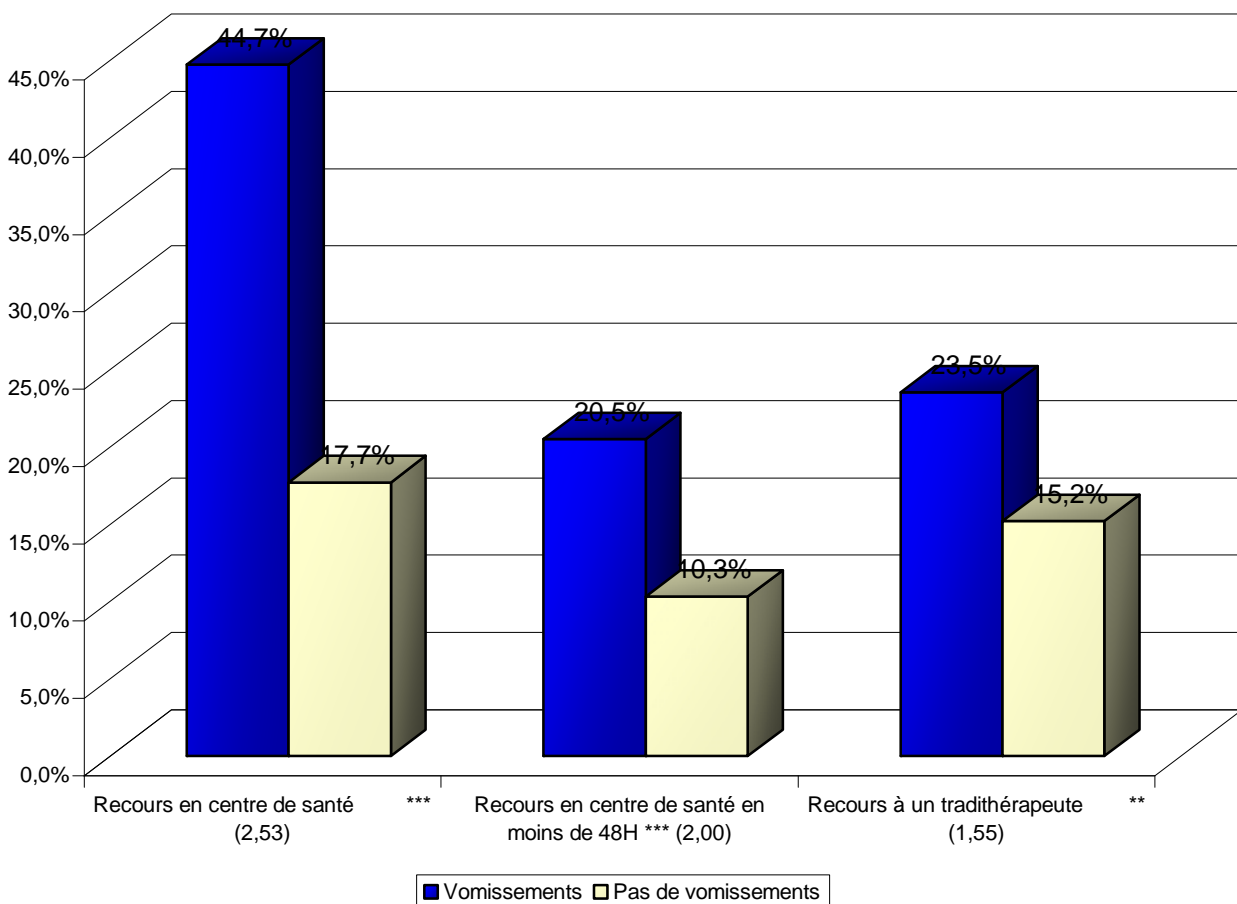
La présence d'une fièvre forte continue les deux premiers jours de maladie est associée à une utilisation 1,5 fois plus fréquente d'aliments spéciaux⁷⁷ et d'enveloppement frais, afin d'abaisser la température de l'enfant. Elle limite l'ingestion de médicaments dans le cadre des soins à domicile, mais renforce fortement la propension à faire un ou plusieurs recours externes : elle favorise 2,1 fois le recours à un thérapeute traditionnel et 2,6 fois la consultation en structure sanitaire. La présence d'une fièvre forte continue favorise en outre la mise en œuvre de recours externes rapides, de nature biomédicale comme traditionnelle (figure 4-1 et tableau annexe 4.8).

⁷⁷ Tisanes, concoctions, bouillies, jus à base de produits de la pharmacopée

La présence de vomissements est peu associée à la pratique de soins à domicile, mais influence significativement la tendance à réaliser un ou plusieurs recours externes : plus de la moitié des enfants vomissant consulte au moins une fois (tableau annexe 4.8). Les vomissements sont perçus comme des symptômes de gravité nécessitant une expertise extérieure, de préférence biomédicale : les enfants vomissant les deux premiers jours effectuent ainsi 1,5 fois plus de recours traditionnels et 2,5 fois plus de recours biomédicaux (figure 4-2).

La présence de vomissements induit une réaction rapide : la propension à consulter rapidement en structure sanitaire est 2,0 fois plus importante lorsque l'enfant vomit les deux premiers jours de maladie (figure 4-2). Les associations observées sont encore renforcées lorsque les vomissements sont intenses (tableau annexe 4.8).

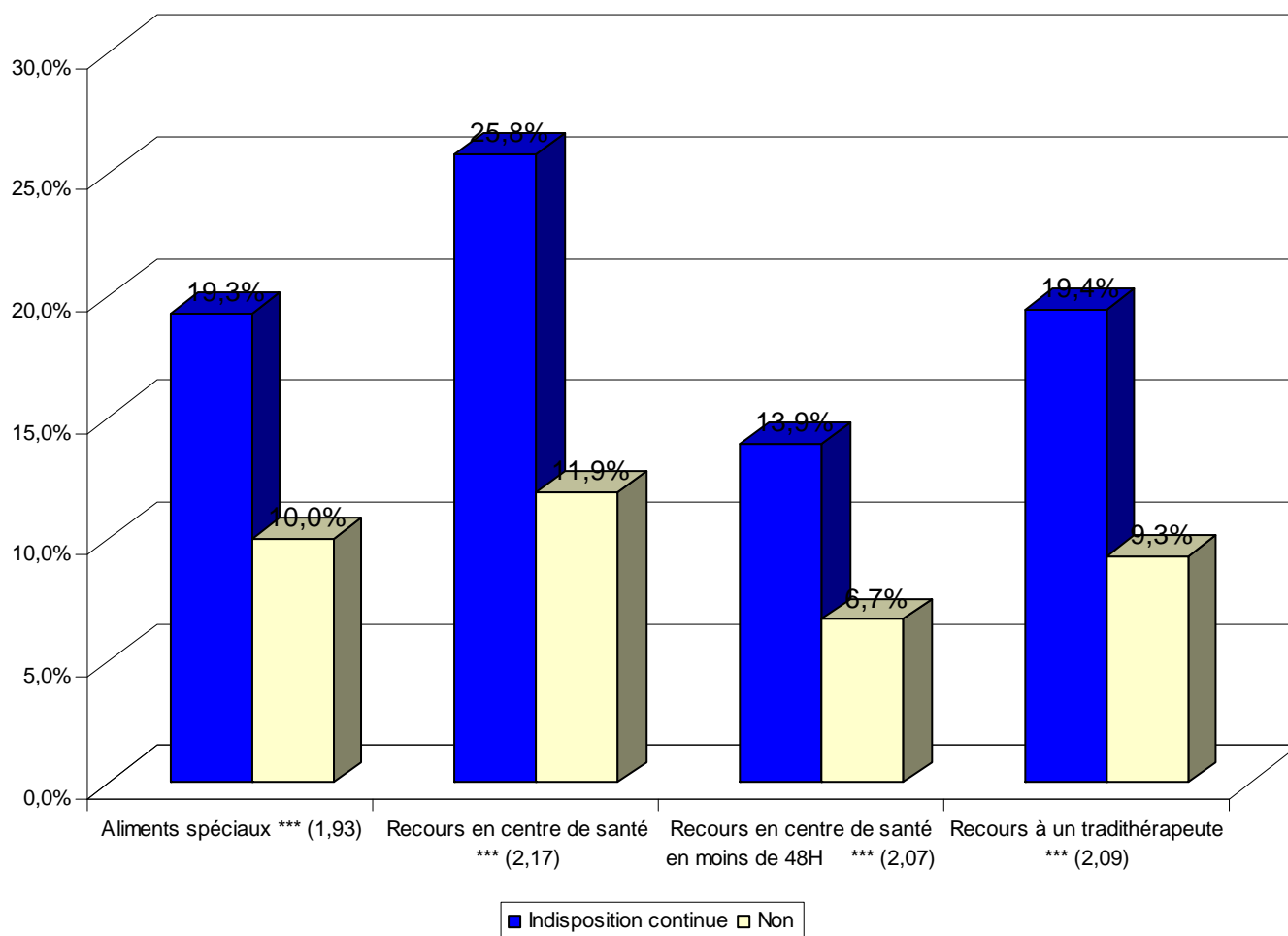
Figure 4- 2 : Pratiques thérapeutiques selon la présence de vomissements les deux premiers jours de maladie : vomissements (N= 132) ou non (N=770)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

L'indisposition⁷⁸, considérée le seul premier jour de maladie, influence peu les pratiques thérapeutiques. En revanche, lorsque l'indisposition est persistante les deux premiers jours de maladie, les enfants reçoivent un nombre plus important de soins à domicile (tableau annexe 4.11) ; ils ingèrent notamment plus d'aliments spéciaux (figure 4-3). Les enfants indisposés les deux premiers jours de maladie effectuent plus souvent un ou plusieurs recours externes (tableau annexe 4.11), y compris au cours des premières heures de maladie, avec 2,1 fois plus de consultations en structure sanitaire et auprès des thérapeutes traditionnels (figure 4-3).

Figure 4- 3 : Pratiques thérapeutiques selon l'indisposition continue de l'enfant les deux premiers jours de maladie : indisposition continue (N= 633) ou non (N=269)



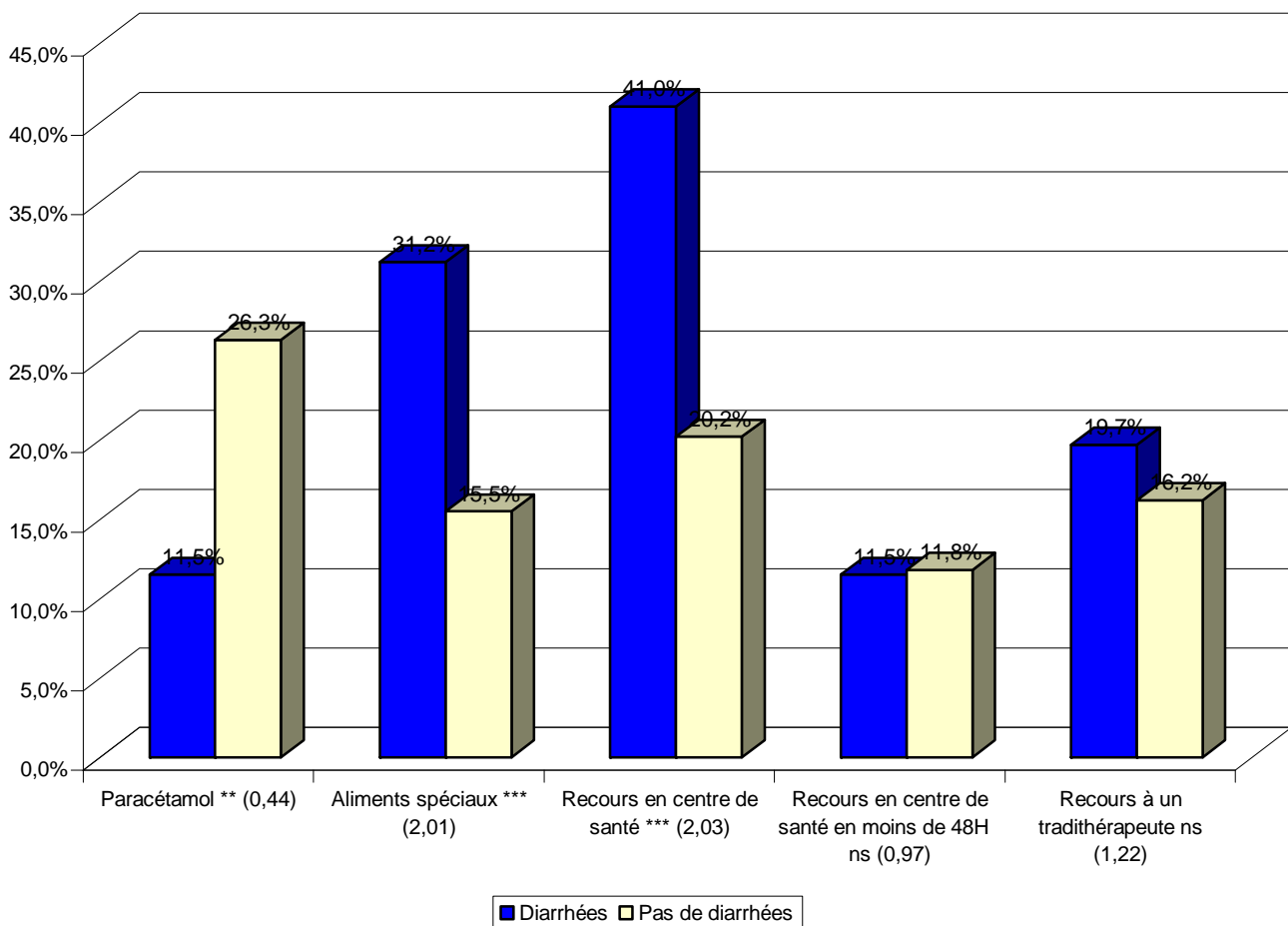
*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

⁷⁸ Les principaux critères d'indisposition sont l'alitement, et, pour les tous jeunes enfants, l'inappétence et la somnolence.

La présence de diarrhées, persistantes ou non, influence fortement les pratiques thérapeutiques (figure 4-4). De manière attendue et conforme aux observations de la littérature, la présence de diarrhées double la propension à ingérer des aliments spéciaux. En revanche, de manière surprenante, la consommation de médicaments ne varie pas en fonction de la présence de diarrhées et, spécifiquement, l'ingestion de paracétamol diminue.

Les structures sanitaires sont identifiées comme des espaces efficaces pour la prise en charge de la morbidité avec diarrhées : les diarrhées sont associées à 2,0 fois plus de recours en structure sanitaire, mais ne favorisent pas le recours à un thérapeute traditionnel (figure 4-4). Cependant, les diarrhées ne sont pas perçues comme une urgence et n'influencent pas la propension à consulter dans les premières 48 heures de maladie.

Figure 4- 4 : Pratiques thérapeutiques selon la présence de diarrhées continues les deux premiers jours de maladie : présence de diarrhées continues (N= 61) ou non (N=861)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

Bien que basés sur de faibles effectifs (n=12), nos résultats indiquent clairement que les crises convulsives sont perçues comme des signes de gravité extrême, nécessitant l'intervention d'une personne qualifiée. La présence de convulsions entraîne quasi-systématiquement un recours externe : 85 % des enfants convulsant au cours des trois premiers jours sont amenés au moins une fois en consultation et 40 % d'entre eux effectuent plusieurs recours consécutifs (tableau annexe 4.11). La survenue de crises convulsives induit une réponse rapide : plus de 65 % des enfants atteints de convulsions ont été emmenés en structure sanitaire en moins de 48 heures (tableau 4-2).

Cependant, contrairement aux observations d'autres études, la forte activité thérapeutique générée par la survenue de consultations ne semble pas orientée vers une filière thérapeutique spécifique : les épisodes avec crises convulsives ont entraîné autant de recours biomédicaux que de consultations traditionnelles. Par ailleurs, la présence ponctuelle ou persistante de crises convulsives influence peu la pratique de soins à domicile : on observe tout juste une moindre consommation de médicaments chez les enfants atteints de convulsions au cours des trois premiers jours de maladie (tableau annexe 4.7).

Tableau 4- 2 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide

	Recours biomédical	Recours traditionnel	Recours biomédical 48 heures	N
Convulsions	***	***	***	902
Oui (Jour 1 ou 2)	66,7	58,3	66,7	12
Non	21,0	15,8	11,0	890
Céphalées	***	*	**	902
Oui (jour 1)	18,6	15,1	10,3	663
Non	30,1	20,1	15,9	239

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

La présence de céphalées le premier jour de maladie exerce une influence très particulière sur les pratiques thérapeutiques. Les céphalées favorisent un diagnostic de maladie bénigne qui majore la pratique de soins à domicile et inhibe la mise en œuvre de recours externes, surtout biomédicaux (tableau 4-2, tableaux annexe 4.11 et tableau annexe 4.8). Les céphalées favorisent spécifiquement l'ingestion de médicaments dans le cadre des soins à domicile, avec une consommation 2,4 fois plus importante de paracétamol et 1,9 fois de chloroquine (tableau annexe 4.7).

Plusieurs symptômes de douleurs influencent significativement la pratique de soins à domicile mais peu celle des recours externes. Les douleurs corporelles renforcent ainsi 1,9 fois l'ingestion d'aliments spéciaux (tableau annexe 4.7). Lorsque l'enfant est atteint d'asthénie au cours des deux premiers jours de maladie, il ingère 2,7 fois plus d'aliments spéciaux, mais consomme moins de médicaments et reçoit moins d'enveloppement frais (tableau annexe 4.7). Le mal de côte, qui d'après la nosologie traditionnelle sereer, est la principale manifestation d'une maladie surnaturelle appelée *diid*, est spécifiquement associé à la pratique d'incantations⁷⁹, pratiquées pour 13,3 % (n=15) des enfants souffrant de douleurs costales contre seulement 2,8 % des autres (n=887).

Les associations observées entre la symptomatologie des deux premiers jours de maladie et les pratiques thérapeutiques s'exercent, plus généralement, tout au long de la maladie. La prise en compte du calendrier d'apparition des manifestations de la symptomatologie et de la chronologie de mise en œuvre des recours externes souligne la grande réactivité de la population à l'évolution des symptômes au cours de la maladie. Ainsi, la survenue d'une forte fièvre, de vomissements ou d'indisposition au cours des cinq premiers jours de maladie⁸⁰ est fortement associée à la réalisation de recours externes le jour même, et dans une moindre mesure, le lendemain (tableau annexe 4.9).

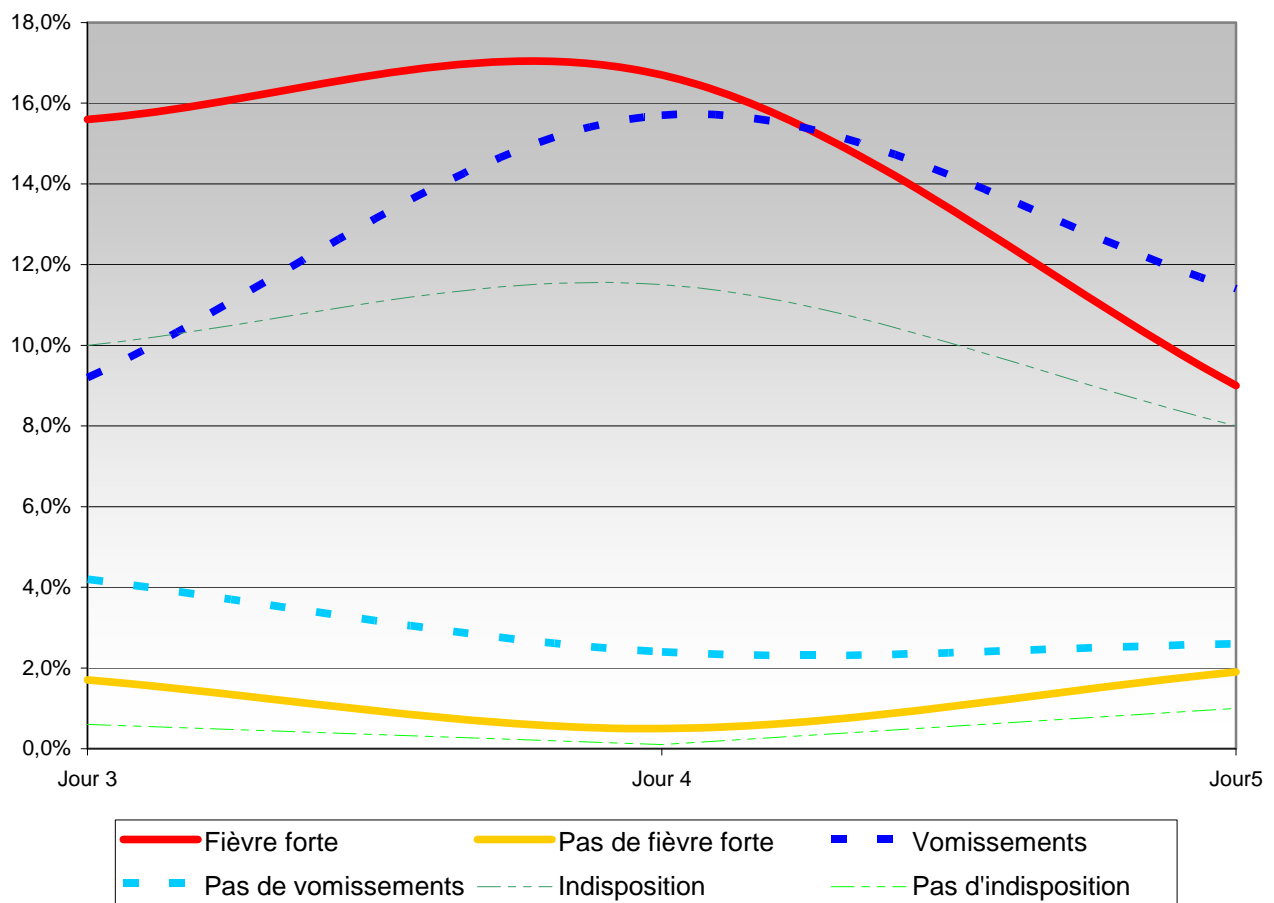
La propension à consulter en structure sanitaire est la plus sensible à l'évolution des symptômes dans le temps : ainsi, de manière statistiquement significative, plus de 15 % des enfants atteints de fièvres ou de vomissements le quatrième jour de maladie réalisent un recours biomédical et 8 % consultent un thérapeute traditionnel le jour même, contre à peine 2 % des autres enfants (tableau annexe 4.9).

⁷⁹ Forme de massage avec récitation de paroles magiques

⁸⁰ Nous n'avons considéré que les cinq premiers jours de maladie car à partir du sixième jour, la faiblesse des effectifs limite la significativité des observations

La figure 4-5 illustre l'intensité de la relation entre l'évolution des symptômes le jour même et la propension à aller consulter en structure sanitaire. Cette propension est encore renforcée lorsque les symptômes persistent durant 48 heures : plus de 25 % des enfants indisposés et 35 % de ceux atteints de forte fièvre durant deux jours consécutifs consultent en structure sanitaire contre 10 % des autres enfants (tableau annexe 4.10).

Figure 4- 5 : Propension à réaliser un recours biomédical le troisième jour (N=868), le quatrième jour (N=677) et le cinquième jour (N=460) de maladie selon les symptômes de l'enfant le jour même

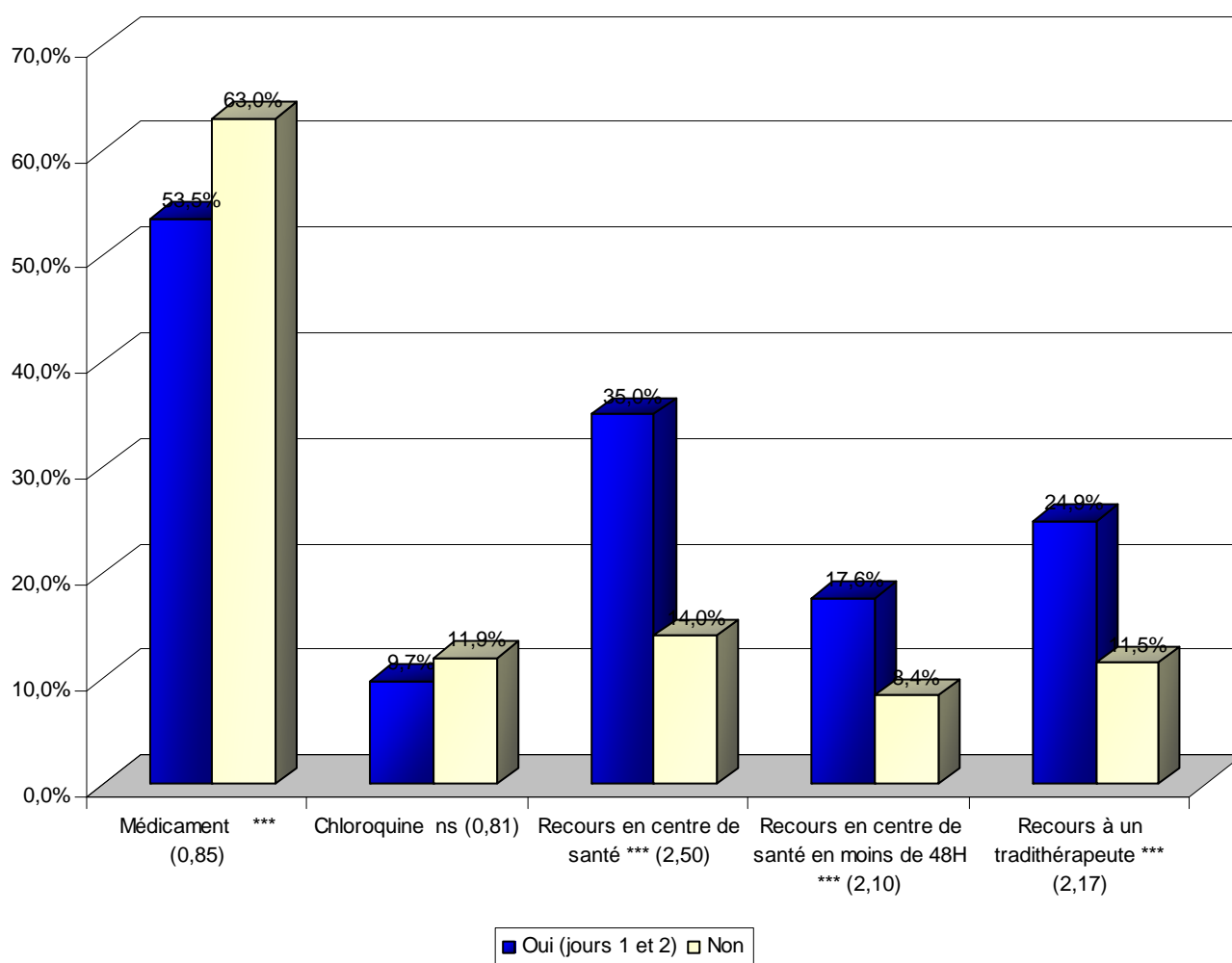


Pour replacer l'influence indépendante et spécifique de chaque symptôme dans le cadre d'épisodes morbides caractérisés par des tableaux cliniques associant plusieurs signes, nous avons construit des indicateurs combinant la présence d'une forte fièvre et d'un autre symptôme. La présence simultanée d'une forte fièvre et de céphalées le premier jour de maladie est à la fois associée à une plus forte consommation de médicaments, notamment de chloroquine dans le cadre des soins à domicile et à une moindre propension à faire un recours externe, en particulier en direction des structures sanitaires (tableau annexe 4.12).

A l'inverse, la présence d'une forte fièvre et de vomissements ou/et d'indisposition les deux premiers jours de maladie induit une moindre consommation de médicaments, même si la propension à ingérer de la chloroquine reste stable, mais favorise la réalisation de recours externes, 2,2 fois auprès des thérapeutes traditionnels et 2,5 fois en structure sanitaire.

Ainsi, plus du tiers des enfants atteints d'une forte fièvre associée à des vomissements ou de l'indisposition consulte en structure sanitaire, dont près de 20 % dans les premières 48 heures de maladie (figure 4-6).

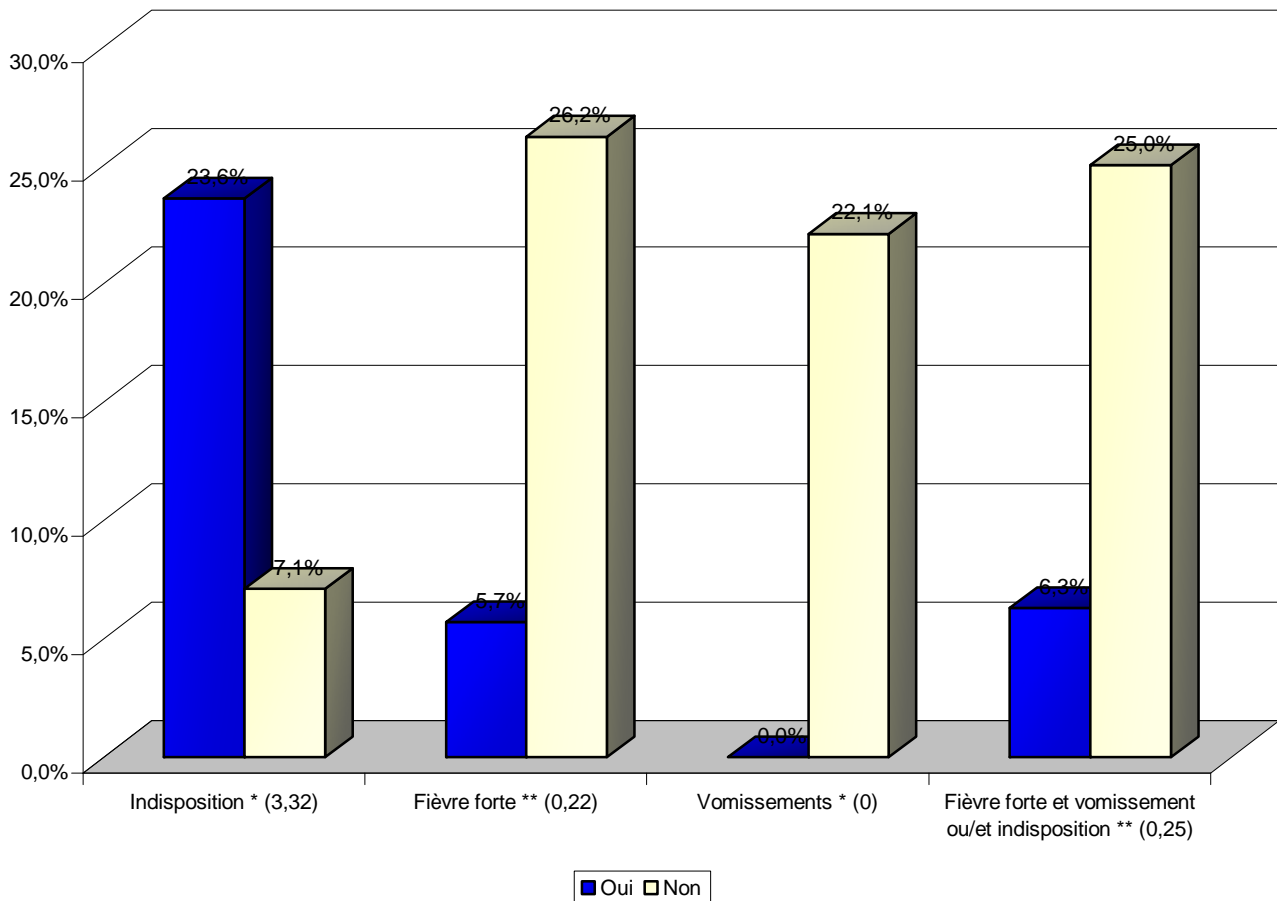
Figure 4- 6 : Pratiques thérapeutiques selon la présence simultanée et continue d'une forte fièvre et de vomissements ou d'indisposition les deux premiers jours de maladie : oui (N= 329) ou non (N=573)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

Le profil symptomatique détermine également les conditions d'administration des soins. Dans le cadre des soins à domicile pratiqués spontanément au sein de la concession, le respect des règles d'administration du traitement par chloroquine est 3,3 fois plus fréquent pour les enfants indisposés les deux premiers jours de maladie (figure 4-7).

Figure 4- 7 : Propension à administrer de la chloroquine conformément aux règles de posologie (N=100) selon la présence continue les deux premiers jours de maladie de différents symptômes



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

En revanche, l'observance de la chloroquine ingérée spontanément est nettement moins bonne pour les enfants atteints de forte fièvre, de vomissements ou d'un tableau clinique sévère. Pour les vomissements, ce résultat s'explique par les difficultés d'ingestion par voie orale. Plus généralement, cette tendance reflète l'impatience des proches de l'enfant dans l'attente d'effets immédiats : en cas de tableau clinique grave, si la symptomatologie n'évolue pas rapidement, le traitement par chloroquine est arrêté au profit d'autres soins. Après consultation en structure sanitaire, l'observance est meilleure pour les enfants atteints de céphalées et de forte fièvre (tableau annexe 4.13).

4.1.2 Perception de la maladie enquêtée

Dans le cadre de notre enquête rétrospective, l'interprétation de l'épisode morbide est prise en compte après plusieurs jours de maladie, le plus souvent après la pratique de soins et la guérison de l'enfant. La perception de la maladie peut donc avoir été influencée par le déroulement de l'itinéraire thérapeutique : elle ne correspond pas nécessairement à la lecture première qui a guidé les choix thérapeutiques.

La perception *in fine* de la nature et de la cause de la maladie constitue néanmoins une forte indication des normes d'interprétation des épisodes morbides et des schémas thérapeutiques qui leurs sont associés.

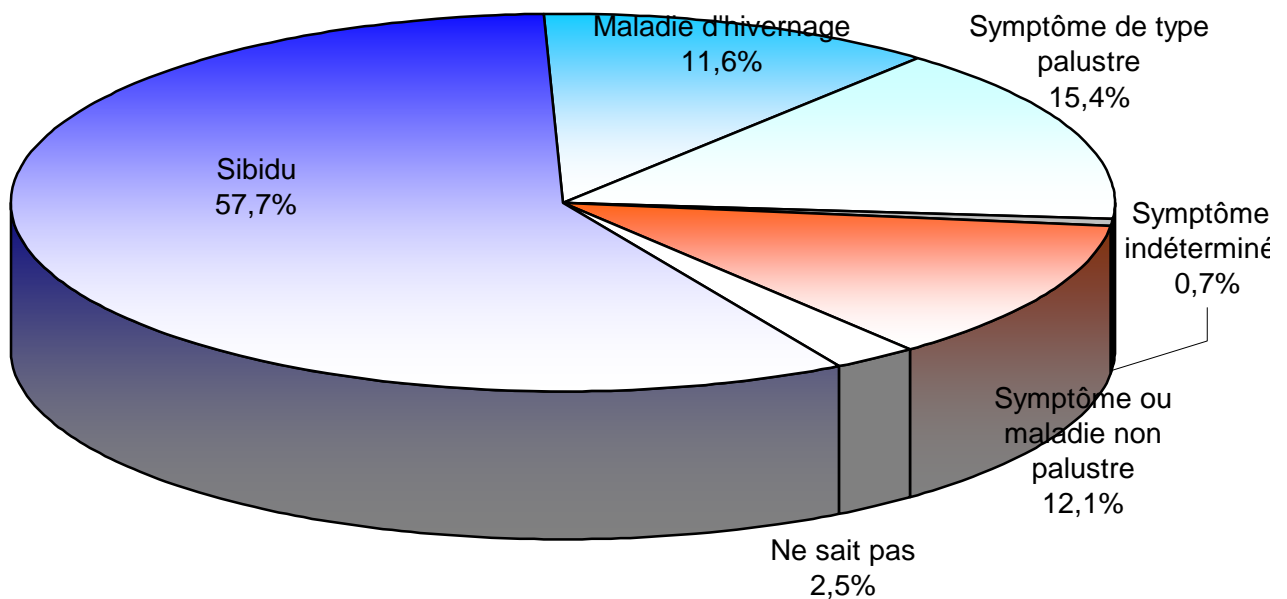
4.1.2.1 Perception de la nature et de la cause de la maladie

A Niakhar comme bien souvent en Afrique de l'Ouest, les maladies sont fréquemment désignées en fonction de leurs manifestations, de leur cause attribuée, de la technique thérapeutique utilisée ou de la période au cours de laquelle elle survient (Faisang, 1988 ; Bonnet, 1999). Pour près de 60 % des personnes enquêtées, l'enfant malade a souffert de *sibidu*⁸¹.

La maladie de l'enfant est définie à partir de symptômes associés aux accès palustres dans près de 15 % des cas : la présence de fièvre, le corps chaud, les vomissements, les yeux jaunis, les frissons, les maux de tête, les douleurs d'estomac et la diarrhée. L'épisode morbide enquêté est défini par analogie avec la saison d'hivernage par environ 10 % des interrogés, dans l'idée que les pluies sont inexorablement accompagnées de la survenue de maladies (figure 4-8).

⁸¹ Pour une définition du Sibidu, se reporter au chapitre 5.2.

Figure 4- 8 : Perception de la nature de la maladie de l'enfant pour l'ensemble des interrogés⁸² (N=1804)



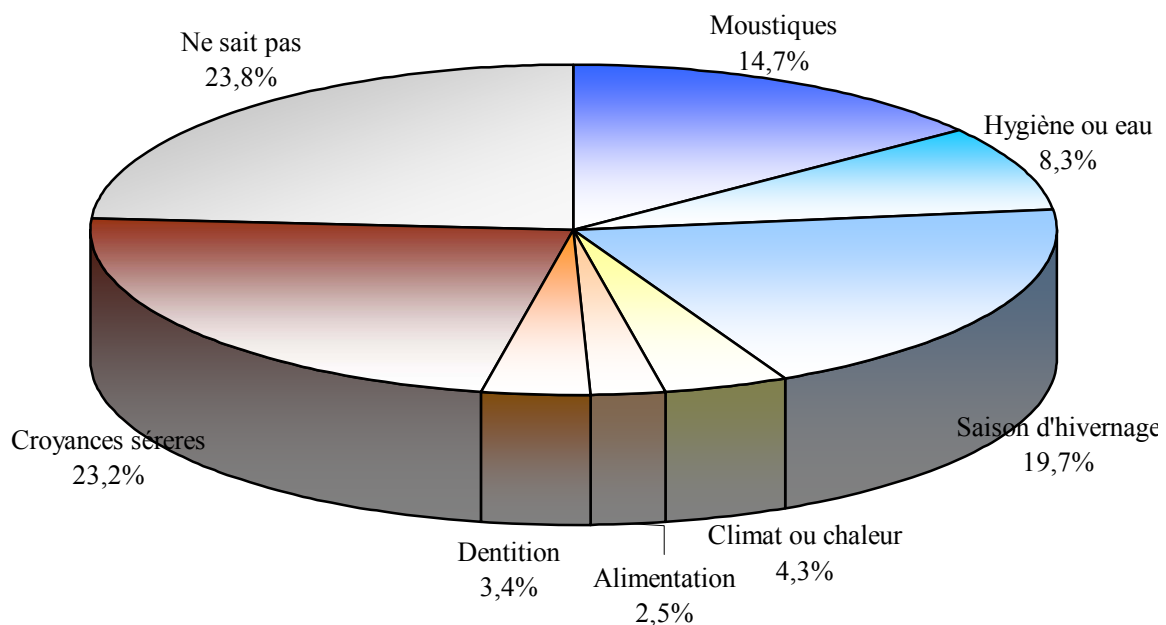
Une minorité d'épisodes morbides, environ 12 %, est associée à d'autres maladies que le paludisme : la coqueluche, la fièvre jaune, les problèmes d'alimentation, les faiblesses liées à l'accouchement ou à l'allaitement, les allergies cutanées, les boutons, les plaies, les brûlures, les vers, la mauvaise alimentation et des maladies traditionnelles, le *diid* (peur), le *ngan* (mauvais vent) et la maladie du pilon (Kalis, 1997).

Moins de 1 % des épisodes morbides sont définis par des symptômes difficiles à interpréter : le froid, les vertiges, les maux de côte, les maux de poitrine, la toux, les problèmes respiratoires. L'interprétation donnée à la même maladie par les différentes personnes impliquées dans un épisode morbide est le plus souvent concordante, même si les personnes *autres* déclarent plus fréquemment ne pas savoir de quoi souffre l'enfant (tableau annexe 4.14).

⁸²Les catégories sont définies de la manière suivante. Symptômes palustres : présence de fièvre, corps chaud, vomissements, yeux jaunis, frissons, maux de tête, douleurs d'estomac et diarrhée. Symptômes ou maladies non palustre : allergies cutanées, boutons, plaies, brûlures, coqueluche, fièvre jaune, problèmes d'alimentation, faiblesses liées à l'accouchement ou à l'allaitement, vers et les maladies traditionnelles (*diid*, *ngan* et la maladie du pilon). Symptômes indéterminés : froid, vertiges, maux de côte, maux de poitrine, toux, asthénie.

La perception de la cause de la maladie donne lieu à des réponses très variées et souvent imagées (figure 4-9 et tableau annexe 4.15). Près de 15 % des épisodes morbides sont considérés comme provoqués par les moustiques et 8 % par les pluies et les mares stagnantes. L'hivernage, perçu comme une période accompagnée de maladies associées au paludisme, est désigné dans 20 % des épisodes morbides comme la cause de la maladie : les épisodes fébriles sont vécus comme un tribut récurrent accompagnant nécessairement la tombée des pluies. L'épisode morbide de l'enfant est expliqué par des croyances spécifiquement sereer dans près d'un quart des cas. Les explications liées au froid, à la chaleur ou aux variations de climat représentent moins de 5 % des réponses. Enfin, la cause de la maladie enquêtée reste indéfinie dans près du quart des épisodes morbides.

Figure 4- 9 : Perception de la cause de la maladie de l'enfant pour l'ensemble des interrogés (N=1804)



Les résultats mettent en exergue la grande difficulté de la population à expliquer l'origine de la maladie enquêtée. Plus généralement, ils soulignent l'absence de repères forts pour la reconnaissance de la nature et de la cause de la maladie : alors que peu de maladies sont désignées comme des affections sereer, l'étiologie traditionnelle sert fréquemment de cadre explicatif.

Ce décalage entre la nature perçue de la maladie et la cause qui lui est attribuée nous apparaît comme un signe de délitement des concepts nosologiques traditionnels : bien qu'on observe peu de différences dans les interprétations données par la mère, le père ou les autres personnes, l'interprétation des épisodes morbides semble plus s'effectuer à travers le prisme de représentations individualisées qu'à partir d'un savoir homogène et unifié. Par ailleurs, la tendance des répondants à adopter une posture fataliste face aux maladies d'hivernage exprime une certaine impuissance face à une morbidité intense et récurrente.

La perception de la nature de la maladie varie fortement en fonction des caractéristiques symptomatiques de l'épisode morbide. Le *sibidu* et plus généralement l'ensemble des maladies associables au paludisme sont rattachés à une symptomatologie de faible gravité, caractérisée par la présence de céphalées, l'absence de vomissements, la non indisposition de l'enfant ou l'intensité modérée de la fièvre (tableau annexe 4.16).

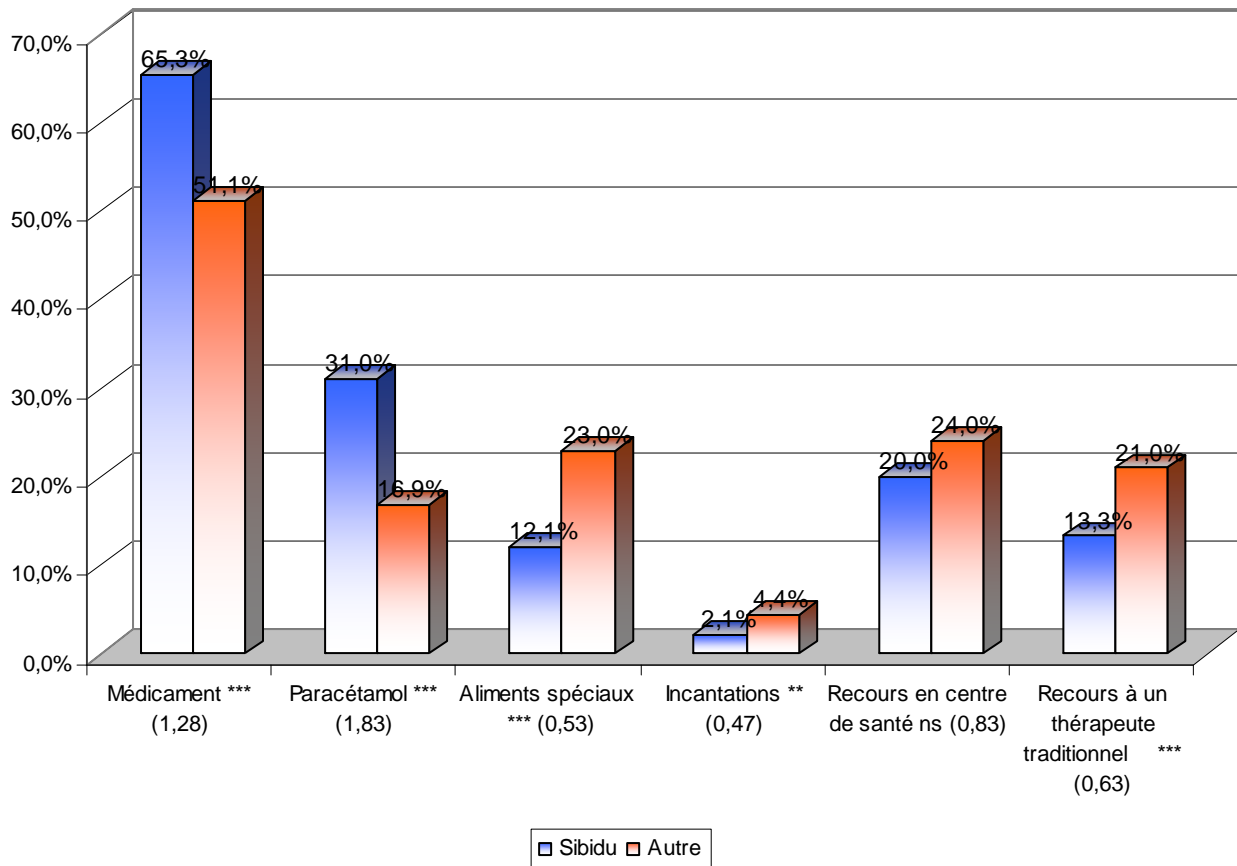
Le profil symptomatique est moins directement associé à la perception de la cause de la maladie. En particulier, il n'apparaît pas de lien entre les symptômes et l'explication de la maladie par les moustiques. Cependant, l'explication de l'épisode morbide par l'action des *pangols*⁸³ est 2 à 3 fois plus fréquente en cas de forte fièvre persistante les deux premiers jours de maladie ou de conjonction d'une forte fièvre avec des vomissements ou une indisposition (tableau annexe 4.16).

4.1.2.2 Influence de la nature et de la cause de la maladie

L'influence des réponses formulées par la mère et par le père de l'enfant étant très proche (tableaux annexes 4.17 et 4.18), nous nous sommes surtout intéressé aux réponses formulées par la mère. Le diagnostic de la maladie est significativement associé au type et à la nature des soins pratiqués (figure 4-10).

⁸³ Se référer à la note 34

Figure 4- 10 : Pratiques thérapeutiques selon la perception de la nature de la maladie par la mère de l'enfant : *sibidu* (N= 536) ou non (N=366)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

Les maladies pouvant être rapprochées du paludisme biomédical tendent à être considérées comme ne nécessitant pas d'expertise externe : le *sibidu* et plus généralement les épisodes de type palustre font l'objet d'une pratique plus fréquente de soins à domicile, mais d'une moindre propension à réaliser un ou plusieurs recours externes (tableau annexe 4.11).

Le diagnostic de type palustre majore la consommation de médicaments dans le cadre des soins à domicile, notamment celle de paracétamol, et favorise la pratique de l'enveloppement frais (figure 4-10 et tableau annexe 4.17). A l'inverse, les maladies de type palustre donnent lieu à une moindre utilisation d'aliments spéciaux et d'incantations ; elles réduisent peu la propension à réaliser un recours biomédical mais limitent significativement celle de consulter un thérapeute traditionnel (figure 4-10).

La perception de la cause de la maladie est moins directement associée aux pratiques thérapeutiques que la nature de la maladie. L'explication de la maladie par les moustiques favorise 1,6 fois la consommation de chloroquine et 1,5 fois celle de paracétamol ; elle influence en revanche relativement peu les comportements de consultation hors de la concession (tableaux annexe 4.17 et annexe 4.18).

L'explication de la maladie par l'action des pangols limite de moitié la pratique de soins à domicile, mais favorise nettement la réalisation de plusieurs recours externes ; l'interprétation surnaturelle de la maladie oriente les recours externes vers les filières traditionnelles, qui représentent plus de 60 % des recours en première instance. Lorsque la maladie de l'enfant est expliquée par des problèmes de dentition, l'ingestion d'aliments spéciaux est renforcée et, à l'inverse, celle de paracétamol est nettement limitée (tableau annexe 4.17) ; en outre, l'enfant est plus souvent emmené en consultation en structure sanitaire (tableau annexe 4.18), mais dans des délais qui, en première instance, sont nettement supérieurs aux autres, à 3,5 jours (n=11) contre 2,5 jours (n=161) ($t < 0,05$).

De manière assez surprenante, la symptomatologie et l'interprétation de la maladie influencent peu les conditions de prise en charge de l'enfant malade : le schéma décisionnel, l'implication des différentes personnes dans la décision des actes thérapeutiques, dans l'accompagnement, le financement et l'administration des soins varie peu selon les caractéristiques et la perception de la maladie. On observe toutefois que, lorsque l'enfant est atteint de vomissements, la somme mobilisée pour le premier recours en structure sanitaire augmente : la population anticipe par expérience la pratique d'injections (tableau annexe 4.18).

4.1.3 Conclusion partielle

L'étude de l'influence de la symptomatologie et de la perception de la maladie sur les comportements de recours aux soins s'est révélée complexe. Les indicateurs constitués sont en effet soumis à des biais d'endogénéité : les symptômes et la perception de la maladie influencent les comportements thérapeutiques, mais les soins pratiqués déterminent également l'évolution des symptômes et l'interprétation de l'épisode morbide.

Conformément à nos hypothèses et aux résultats d'autres études, les symptômes conditionnent fortement la réalisation de recours externes et la nature des filières thérapeutiques sollicitées (Goldman et al., 2000 ; Von Seidlein et al., 2002). Chaque symptôme a une incidence spécifique sur la nature et le délai de mise en oeuvre des soins pratiqués. La pratique de soins à domicile est significativement influencée par la forte fièvre, l'indisposition, les diarrhées et les céphalées, mais peu par les vomissements et les crises convulsives. L'influence des symptômes sur la nature des choix thérapeutiques est perceptible en ce que la forte fièvre, l'indisposition et les convulsions favorisent à la fois les recours biomédicaux et les recours traditionnels, alors que les vomissements et les diarrhées sont significativement plus associés à la consultation en structure sanitaire (tableau annexe 4.8). La présence continue au cours des deux premiers jours de maladie de vomissements, de fortes fièvres, d'indisposition ou de crises convulsives favorise la consultation rapide en structure sanitaire, alors que les diarrhées ne sont pas perçues comme un signe d'urgence. L'influence des différents symptômes sur la propension à consulter en structure sanitaire apparaît en outre très inégale : près de 25 % des enfants indisposés les deux premiers jours font un recours biomédical, contre 35 % à 45 % de ceux atteints de fièvres, de diarrhées ou de vomissements et plus de 60 % des enfants atteints de convulsions (tableau annexe 4.8).

Dans un contexte d'intense morbidité, de ressources financières limitées et de forte activité agricole, les caractéristiques des symptômes déterminent principalement la réalisation des actes thérapeutiques les moins accessibles. La population n'est pas en mesure d'effectuer systématiquement une consultation en structure sanitaire pour chaque épisode fébrile du ménage et le profil symptomatique, défini par la nature, l'intensité, la persistance et le nombre de symptômes présentés, semble constituer l'un des principaux critères de sélection des moyens thérapeutiques adaptés pour soigner l'enfant.

Les caractéristiques de l'épisode morbide semblent guider le choix des soins administrés, avec une sélection, consciente ou non, des épisodes morbides qui déboucheront sur la mise en oeuvre des recours les moins accessibles : elles influencent très fortement la propension à consulter en structure sanitaire, y compris au cours des premières heures de maladie.

Les caractéristiques de la symptomatologie influencent relativement peu la pratique des soins à domicile, facilement accessibles et peu coûteux : conformément aux résultats de la littérature, les épisodes morbides de faible gravité rattachés au « paludisme simple » sont perçus comme avant tout traitable à domicile et représentent une faible part des consultations en structure sanitaire (Agyepong, 1992). La pratique de soins à domicile apparaît comme une norme dominante concernant tous les types de morbidité. Ainsi, quel que soit le profil clinique, l'ingestion de médicaments dans le cadre des soins à domicile concerne au moins 40 % des enfants.

Ce résultat nuance fortement certaines conclusions de la littérature, présentant les soins à domicile comme des réponses surtout apportées à des épisodes de faible gravité : « les soins à domicile s'adressent principalement aux souffrances mineures »⁸⁴ (Caldwell et al., 1990, p.238). Spécifiquement, dans un contexte de faible consommation d'anti-malariques, l'ingestion de chloroquine semble surtout favorisée par des symptômes non spécifiques traduisant un état de mal être général, tels que la faible fièvre et les céphalées.

Pour certains profils symptomatiques, la consommation de médicaments dans le cadre des soins à domicile apparaît comme une pratique concurrente à la consultation en structure sanitaire. On a ainsi observé qu'en cas de forte fièvre associée à des céphalées, l'ingestion de médicaments est renforcée, mais le recours en structure sanitaire réduit ; à l'inverse, lorsque l'enfant souffre d'une forte fièvre et d'indisposition continue, il consulte plus en structure sanitaire mais consomme moins de médicaments.

Sur le plan méthodologique, les résultats rappellent la nécessité d'analyser les comportements de recours aux soins en fonction des caractéristiques de la symptomatologie et soulignent l'intérêt de prendre en compte la dimension temporelle de l'épisode morbide : la maladie n'est pas un événement figé et doit être replacé dans le cadre d'une histoire particulière.

⁸⁴ Traduction de l'auteur : "home treatment is [...] dominated by minor complaints"

4.2 Les connaissances, les représentations et les attitudes en matière de santé

Ce chapitre est consacré à l'étude de l'influence des connaissances, des représentations et des attitudes en matière de santé sur les comportements de recours aux soins. Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés à la perception des caractéristiques du paludisme en étudiant successivement la représentation de ses causes, de ses manifestations, de sa gravité et des soins permettant de le traiter. Dans un second temps, nous avons étudié les attitudes en matière de santé en fonction des sources d'information en matière de santé, du rapport à la biomédecine et des stratégies de prise en charge de la maladie. Notre réflexion s'appuie sur les hypothèses classiques de la littérature : nous postulons que la connaissance des symptômes du paludisme, de sa gravité potentielle, du mécanisme d'infection palustre, des traitements efficaces, tout comme l'exposition aux sources d'informations officielles, l'habitude d'utiliser les structures sanitaires et de planifier les dépenses de santé sont des facteurs favorisant l'adoption de comportements thérapeutiques conformes aux recommandations des autorités sanitaires.

L'étude des connaissances et des représentations associées au paludisme suppose, au préalable, un travail autour de la définition du paludisme. La population Sereer du Sine Sine utilise en effet une pluralité de dénominations pour désigner les fièvres d'hivernage, toutes comprises par l'immense majorité de la population. D'une manière générale, l'ensemble des fièvres associées à la saison des pluies sont appelées *sumaan diig*⁸⁵ ; les différents vocables désignant des états fébriles se rapportant au paludisme sont *a cun*, *o poog*, *jir ndiig* et *sibidu* (Faye, 2001 ; Kalis, 1997). Ces différents termes nosologiques renvoient à des définitions cliniques et des registres explicatifs très proches : l'utilisation sélective des termes pourrait s'expliquer par l'influence d'aires culturelles différentes, au regard de l'histoire, des découpages administratifs et de l'exposition plus ou moins marquée à l'influence wolof (Faye, 2001). Dans le cadre de notre étude, pour parler de paludisme, nous avons retenu le vocable nosologique *sibidu*, altération très répandue du terme Wolof *sibiru*⁸⁶, en parlant de *paludisme/sibidu*.

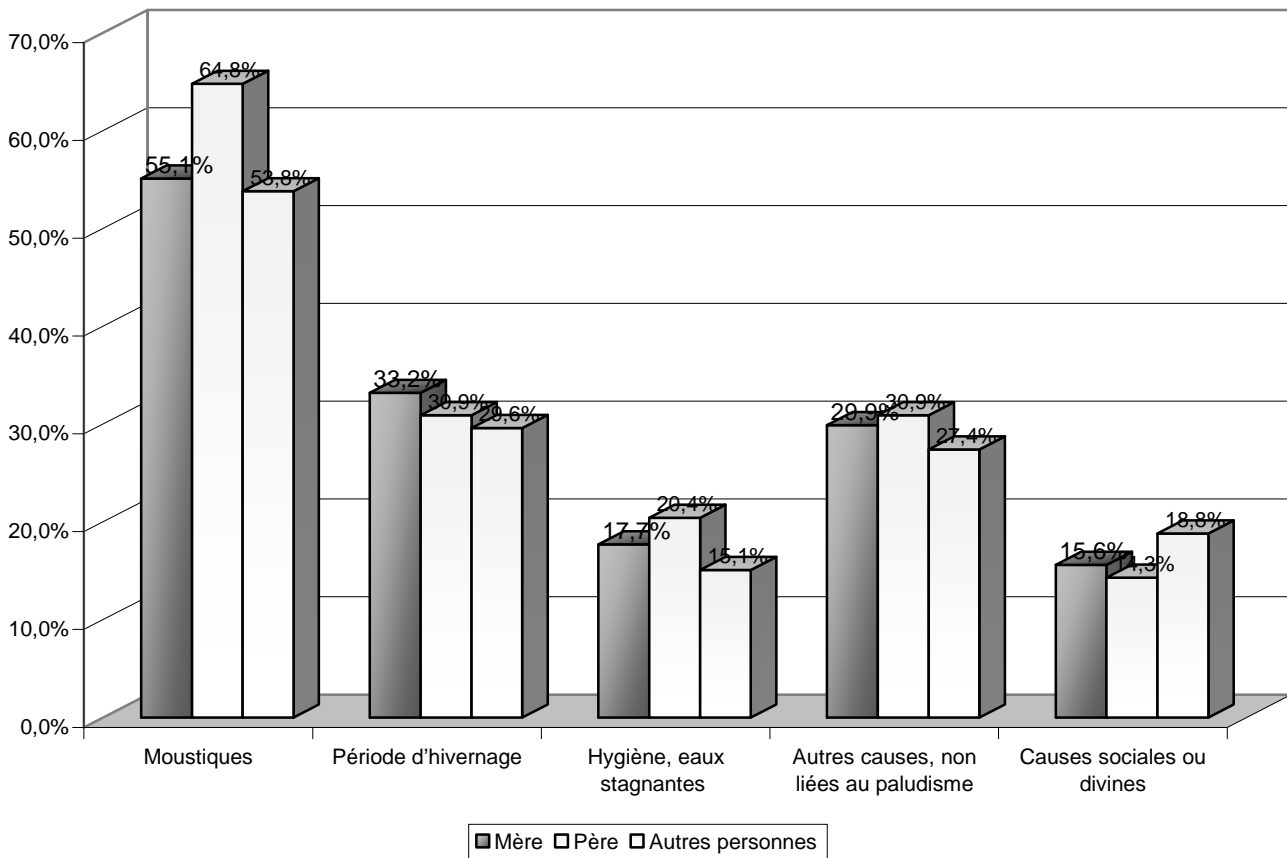
⁸⁵ Les *sumaan diig* désignent sont les fièvres de l'hivernage en général : *sumaan* signifie fièvre, chaleur et *ndiig* hivernage, période des pluies

⁸⁶ *Sibidu* ou *sibiru* signifie revenir demain : il s'agit ici d'une dénomination désignant le caractère cyclique et récurrent des fièvres palustres.

4.2.1 Les causes du paludisme

Les personnes interrogées expliquent le plus souvent le paludisme par plusieurs causes, 1,5 en moyenne, avec de sensibles distinctions dans les réponses données par les mères, les pères et les autres personnes (figure 4-11).

Figure 4- 11 : Causes perçues du paludisme pour les mères (N=902), les pères (N=716) et les autres personnes (N=186) (plusieurs réponses possibles par personne interrogée)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

Les moustiques sont identifiés comme une cause de paludisme par près de 60 % des personnes interrogées, un peu plus souvent par le père que par la mère de l'enfant. Plus de la moitié des personnes considérant que les moustiques provoquent le *paludisme/sibidu* l'associent également à une autre cause, le plus souvent des phénomènes environnementaux qui accompagnent ou favorisent indirectement la prolifération palustre (tableau annexe 4.21).

Conformément aux informations diffusées lors des campagnes de sensibilisation menées par les autorités sanitaires, près de 20 % des personnes interrogées considèrent le manque d'hygiène, et en particulier, la présence d'eau sale ou stagnante comme cause de paludisme (figure 4-11). Un tiers des répondants explique le paludisme par une grande variété de facteurs associés à la période de l'année où survient la maladie : la floraison du mil, la récolte du mil, la période de l'hivernage ou la tombée des pluies. Près de 30 % des personnes interrogées expliquent le paludisme par des causes non reconnues par la biomédecine : 17 % par l'alimentation, les bains, la fatigue et 13 % par la thématique du décalage chaud-froid (tableau annexe 4.20). A Niakhar, les fièvres palustres sont avant tout conçues comme d'origine naturelle : leur explication par des entités sociales ou surnaturelles est minoritaire, elle concerne environ 15 % des réponses.

Au regard de la littérature, la population d'étude se caractérise par une connaissance du rôle du moustique nettement supérieure à celles d'autres populations d'Afrique de l'Ouest ; proche de niveaux observés au Malawi, elle reste cependant largement inférieure aux observations d'Afrique de l'Est et centrale, où près de 80 % des adultes associent les moustiques au paludisme (Ziba et al., 1994 ; Dulhunty et al., 2000 ; De Martin, 1999 ; Aikins et al., 1993 ; Yennech, 1993). Par ailleurs, si une frange importante de la population perçoit le lien entre le moustique et le *paludisme/sibidu*, l'immense majorité des interrogés ne maîtrise pas la notion de piqûres infectantes et ne comprend pas la véritable relation entre la présence d'eaux stagnantes et la prolifération des anophèles : « la relation entre la maladie et l'environnement est soupçonnée mais le mécanisme d'infection totalement ignoré » (Cantrelle, 1975, p.38).

Les deux parents étant des protagonistes activement impliqués dans la conception des soins, nous avons analysé l'influence de la perception des causes du paludisme sur les pratiques thérapeutiques en prenant en compte les réponses de la mère et du père de l'enfant. Au regard de la littérature, il nous est apparu pertinent d'opposer les parents expliquant exclusivement le *sibidu* par l'action des moustiques et les parents expliquant exclusivement la maladie par une fatalité divine.

De manière attendue, les résultats montrent l'existence d'une association entre la connaissance du rôle des moustiques et la propension à faire un recours biomédical. Ainsi, lorsque la mère ou le père explique exclusivement le *sibidu* par l'action des moustiques, l'enfant effectue 1,5 fois plus de recours en structure sanitaire, y compris au cours des 48 premières heures de maladie (tableau annexe 4.23).

Spécifiquement, la perception du père de l'enfant favorise l'ingestion de médicaments, notamment de chloroquine (tableau annexe 4.22). A l'inverse, les représentations fatalistes de la maladie limitent la consommation de médicaments dans le cadre des soins à domicile et la propension à réaliser un recours biomédical, avec une influence plus nette pour la mère de l'enfant (tableaux annexe 4.22 et annexe 4.23).

En définitive, la perception de la cause de la maladie influence surtout la propension à réaliser un recours biomédical : inférieure à 25 % dans les couples fatalistes, la consultation en structure sanitaire est supérieure à 35 % dans les couples reconnaissant le rôle des moustiques, avec un niveau intermédiaire dans les autres ménages⁸⁷ (tableau annexe 4.23). Dans la même logique, la consultation rapide en structure sanitaire est 2,0 fois plus importante dans les couples considérant le moustique comme seule cause du *paludisme/sibidu* que dans les couples fatalistes (tableau annexe 4.23).

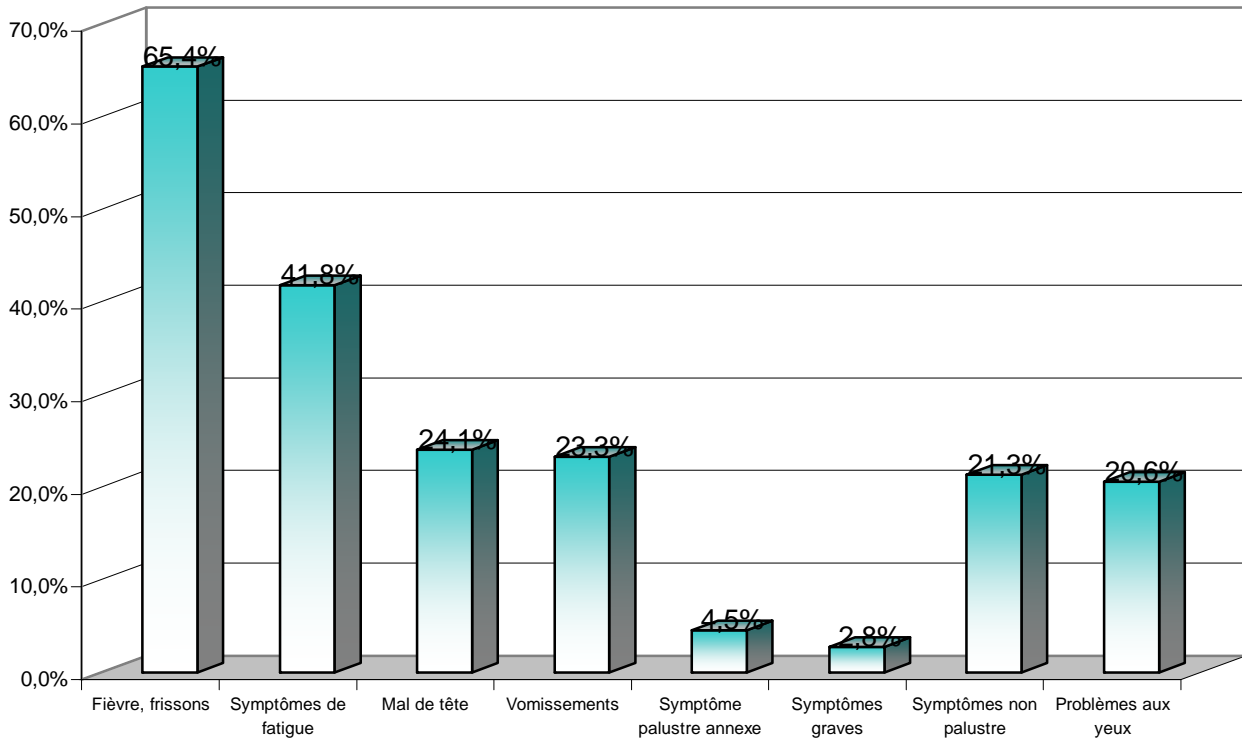
La perception de la cause de la maladie modifie peu les conditions de prise en charge de l'enfant malade. Toutefois, les parents connaissant le rôle du moustique semblent plus souvent décider en concertation que les autres et notamment que les parents fatalistes (tableau annexe 4.24). En outre, en l'absence de relation statistiquement significative, il apparaît que les parents connaissant le rôle du moustique mobilisent des sommes plus importantes que les fatalistes pour la réalisation du premier recours biomédical (tableau annexe 4.24).

4.2.2 Les symptômes du paludisme

A Niakhar, l'identification du *paludisme/sibidu* repose sur un grand nombre de manifestations générales, au sein d'un univers de symptômes de faible gravité. Le *paludisme/sibidu* semble renvoyer à l'expression d'un trouble général non spécifique relativement bénin auquel est rattaché de nombreuses formes de dérangements fébriles survenant au cours de l'hivernage (figure 4-12).

⁸⁷ Définis comme l'ensemble des ménages dont soit aucun des deux parents n'est fataliste, soit aucun des deux parents ne perçoit l'influence des moustiques, soit l'un des parents est fataliste et l'autre perçoit l'influence des moustiques.

Figure 4- 12 : Symptômes perçus du paludisme pour les 1804 personnes interrogées (plusieurs réponses possibles par personne interrogée)⁸⁸



Le principal signe de reconnaissance du *sibidu* est l'hyperthermie, accompagnée de frissons. On lui associe un nombre important de manifestations cliniques, soulignant la dimension fourre-tout de cette catégorie nosologique : pour 40 % des interrogés, le *sibidu* se décrit par un état de fatigue induisant de l'inappétence, l'alitement, des bâillements et des étirements (figure 4-12). Le mal de tête, expression d'un état de mal être, et les problèmes d'ictères, d'yeux rougis ou larmoyants, sont associés au *sibidu* par plus de 20 % des personnes interrogées.

De manière très nette, la population découpe le paludisme biomédical en plusieurs entités morbides disjointes et sans lien évolutif direct : les manifestations pernicieuses du paludisme sont rarement associées au *sibidu*, mais rattachées à des maladies d'origines surnaturelles. Ainsi, moins du quart des répondants considère les vomissements comme symptôme du *paludisme/sibidu* ; moins de 5 % lui associent les vertiges, les urines foncées et les cycles d'améliorations et de rechutes ; de manière très marquée, seule une infime minorité, représentant moins de 3 % des interrogés, associe au *sibidu* les crises convulsives, les comas ou les accès de palpitations (figure 4-12).

⁸⁸ Les réponses formulées par la mère, le père et les personnes autres sont proches (tableau annexe 5.25)

Dans la mesure où la définition du *sibidu* n'englobe pas les signes de paludisme pernecieux, en cas d'évolution grave de l'épisode morbide, la population tend à réinterpréter la maladie en opérant un changement d'entité nosologique. Le *sibidu* n'est le plus souvent pas considéré comme une maladie grave et mortelle, mais comme une porte d'entrée pour d'autres maladies plus graves.

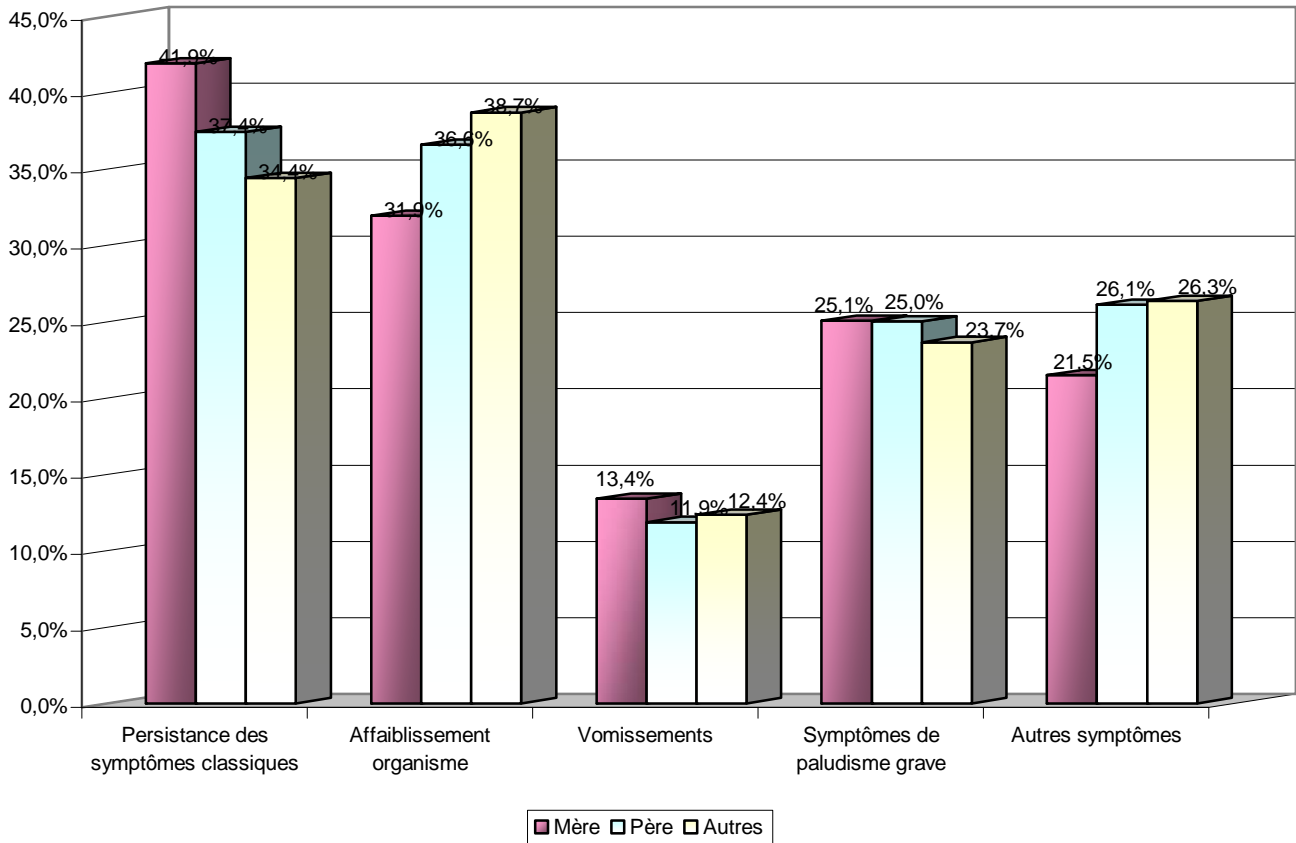
D'après nos observations⁸⁹, les crises convulsives ne sont le plus souvent pas perçues comme des manifestations du *sibidu*, mais comme l'expression du *ngan*, mauvais vent, lorsqu'elles interviennent le soir et sont accompagnées de gonflements ; du *diid*, peur, lorsqu'elles arrivent subitement et sont accompagnées de palpitations cardiaques ; du *mbetfetil*, assimilable à l'épilepsie, lorsqu'elles sont accompagnées de bave et de salive ; au « chien », au « chat » ou au « pilon » lorsqu'elles interviennent juste après la naissance.

Le découpage d'une même maladie évolutive, le paludisme, en plusieurs catégories étiologiques, construit la perception du *paludisme/sibidu* comme d'une maladie peu dangereuse, ce qui pose la question de la notion de gravité du *sibidu*. Le plus souvent, la gravité du *sibidu* est perçue à travers des signes de fatigue générale : pour près de 40 % des interrogés, le principal critère de gravité du *paludisme/sibidu* est la durée des symptômes classiques⁹⁰ et, pour plus d'un tiers d'entre eux, les signes généraux d'affaiblissement de l'organisme, avec des variations assez nettes dans les réponses données par les proches de l'enfant (figure 4-13). A peine 13 % des interrogés perçoivent les vomissements comme un signe de gravité et moins de 25 % associent les crises convulsives, le coma et les palpitations cardiaques à un état de *sibidu* aggravé. Près de 30 % des personnes interrogées associent la gravité à d'autres signes, notamment les problèmes d'ictères ou les manifestations classiques du paludisme (tableau annexe 4.26).

⁸⁹ Nos observations ne constituent aucunement un essai de recensement et de classification exhaustif des affections associées aux convulsions, mais de simples éléments collectés en observation participante. Pour une vision anthropologique plus complète, se référer S. Kalis (Kalis, 1997).

⁹⁰ Nous avons ici entendu comme symptôme classique la fièvre, les frissons, les céphalées, les courbatures, l'asthénie et l'anorexie

Figure 4- 13 : Symptômes⁹¹ traduisant la gravité d'un épisode de *paludisme/sibidu* pour les mères (N=902), les pères (N=716) et les autres personnes (N=186) (plusieurs réponses possibles par personne interrogée)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

La connaissance des symptômes du *paludisme/sibidu* et de ses signes de gravité est peu associée à la pratique des soins à domicile (tableau annexe 4.27). En revanche, de manière tout à fait cohérente avec les fondements théoriques de la recherche sur les déterminants des comportements de recours aux soins, la connaissance, même relative, des symptômes du paludisme tend à favoriser la consultation biomédicale. Ainsi, lorsque l'un des deux parents associe le *sibidu* à l'une des principales manifestations biomédicales du paludisme (fièvre, frissons, vomissements, céphalées, convulsions ou coma), l'enfant effectue 1,5 fois plus de recours biomédicaux (tableau annexe 4.28). L'influence de la connaissance des symptômes sur les comportements thérapeutiques se révèle cependant complexe : l'association de la gravité du *sibidu* aux vomissements, aux crises convulsives ou au coma favorise une consultation plus fréquente des thérapeutes traditionnels (tableau annexe 4.28).

⁹¹ Les symptômes de paludisme grave sont ici définis comme les crises convulsives, le coma, les palpitations cardiaques

4.2.3 Le traitement du *paludisme/sibidu*

Le *paludisme/sibidu* étant, nous l'avons vu, avant tout perçu comme une maladie naturelle, il apparaît tout à fait logique de constater que, pour son traitement, la population plébiscite les soins biomédicaux. La majorité des répondants considère en effet que l'offre de soins biomédicale est la plus efficace pour soigner le *sibidu* : les structures sanitaires, les injections et les comprimés sont respectivement cités par 74 %, 19 % et 15 % des interrogés (tableau 4-3).

Tableau 4- 3 : Répartition des soins déclarés efficaces pour traiter le paludisme

	Mère N=902		Père N=716		Autres N=186		Total N=1804	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Dispensaire	75,7	683	71,7	513	73,7	137	73,9	1333
Injections	18,9	170	18,3	131	23,1	43	19,1	344
Comprimés	15,1	136	16,2	116	10,2	19	15,0	271
Soins du guérisseur	9,4	85	11,5	82	14,5	27	10,8	194
Autres soins, NSP	9,8	88	11,2	80	14,0	26	10,8	194

Une minorité, représentant 11 % des interrogés, considère que les soins traditionnels pratiqués à domicile ou par des guérisseurs sont efficaces pour soigner le *paludisme/sibidu*. Spécifiquement, les parents de l'enfant privilégient plus les comprimés que les personnes autres, adeptes des soins par injections ou prodigués par les thérapeutes traditionnels.

La lecture de l'efficacité des différents traitements doit être remise dans la perspective de la perception naturelle et plutôt bénigne du *sibidu* : il est considéré comme normal qu'un enfant soit atteint de fièvres hivernales pendant la saison des pluies, mais il est également perçu comme normal que l'enfant guérisse, même si aucun spécialiste n'est intervenu, dans la mesure où le *sibidu* n'est pas considéré comme une maladie réellement dangereuse.

L'idée de l'efficacité des soins biomédicaux concerne avant tout les institutions biomédicales et peu les traitements eux-mêmes : la mère d'un enfant malade nous a ainsi déclaré : « je ne sais pas de quoi souffrait mon enfant car si ça avait été du *sibidu*, il aurait été guéri au dispensaire » (F.N., Sob). Le mode préféré de traitement du *sibidu* est l'injection : au cours d'entretiens, il est ressorti à plusieurs reprises que la consultation en structure sanitaire n'a d'intérêt que si elle débouche sur la prescription d'une injection. L'attrait des injections aux yeux de la population s'explique en premier lieu par la visibilité et la rapidité de leur action sur l'organisme ; le père d'un enfant malade témoigne ainsi : « la nivaquine⁹² calme le paludisme mais ce sont les injections qui le guérit » (A.D., Bary Sine). Dans les structures sanitaires étudiées, les injections de quinine sont particulièrement fréquentes⁹³ et reflètent la pression exercée par la population auprès du personnel soignant.

De manière paradoxale, les injections font cependant également l'objet de représentations très négatives : une part importante de la population y est réticente et près de 3 % (n=1086) des interrogés déclarent ouvertement refuser que leur enfant reçoive une injection. La stigmatisation de l'injection intra-musculaire repose sur plusieurs types de discours : certains soulignent les risques, tout à fait réels, d'abcès pouvant entraîner une paralysie de la jambe en cas de piqûre mal injectée ; dans une logique conservatrice, une part importante des thérapeutes traditionnels affirme que les injections sont non seulement inefficaces pour traiter le *sibidu*, mais qu'elles rendent également inopérants les soins traditionnels ; enfin des rumeurs assurent que les injections peuvent réduire la capacité à procréer ou que, pratiquées au cours de la poussée dentaire, elles risquent d'entraîner le retournement des dents. La chloroquine fait l'objet d'une stigmatisation encore plus forte. La population déplore ses effets secondaires, notamment les démangeaisons qu'elle provoque, et remet en cause son efficacité en raison des problèmes de résistance. L'attrait limité de la chloroquine amène près de 5 % (n=1086) des personnes interrogées à refuser de la donner aux enfants malades et, pour réduire ses effets secondaires, certains considèrent nécessaire de l'associer à d'autres médicaments.

⁹² La nivaquine est le nom donné par un laboratoire pharmaceutique privé à la molécule de chloroquine, vendue en générique à la population

⁹³ D'après nos observations *in situ* et l'analyse des registres de consultations, elles concernent, sur la période d'Octobre – Novembre, au moins la moitié des enfants consultant.

Les représentations de l'efficacité des différents soins sont fortement associées aux comportements thérapeutiques : de manière attendue, la perception d'un soin comme efficace induit une pratique nettement plus fréquente (tableau 4-4), avec une influence homogène de la perception de la mère et du père de l'enfant malade (tableaux annexe 4.29 et annexe 4.30).

Tableau 4- 4 : Propension des enfants malades à réaliser différents recours externes selon la perception des modes de traitements efficaces contre le *sibidu* par ses parents

	Recours externe	Recours biomédical	Recours traditionnel	Recours biomédical 48 heures	Recours traditionnel 48 heures	N
Médicaments	***	***	Ns	**	Ns	902
Oui	24,5	13,1	15,7	7,4	10,5	229
Non	35,1	24,5	16,6	13,2	10,4	673
Structure sanitaire	**	***	Ns	Ns	Ns	902
Oui	33,8	23,3	16,5	12,4	10,5	790
Non	22,3	9,8	16,1	7,1	9,8	112
Thérapeute traditionnel	Ns	*	***	Ns	***	902
Oui	37,3	16,3	29,4	8,5	19,0	123
Non	31,4	22,7	13,8	12,4	8,7	749
Soins à domicile trad.	***	***	Ns	***	Ns	902
Oui	22,8	11,4	13,9	5,1	10,1	158
Non	34,4	23,8	16,9	13,2	10,5	744
Mode de traitement	Ns	***	**	***	**	902
Filière traditionnelle ⁹⁴	29,9	14,8	21,0	7,2	13,8	291
Soins de type biomédicaux	33,6	24,9	14,2	13,9	8,8	611

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Lorsque l'un des parents perçoit les comprimés comme efficaces pour traiter le *sibidu*, l'enfant consulte 1,9 fois moins en structure sanitaire, y compris au cours des premières 48 heures de maladie (tableau 4-4) ; il consomme en revanche plus de médicaments dans le cadre des soins à domicile et ingère notamment 1,6 fois plus souvent de la chloroquine (tableau annexe 4.29). Dans la même logique, lorsque l'un des parents considère les soins à domicile traditionnels comme efficaces contre le *sibidu*, la propension à consulter en structure sanitaire est 2,1 fois plus faible, 2,6 fois en début de maladie.

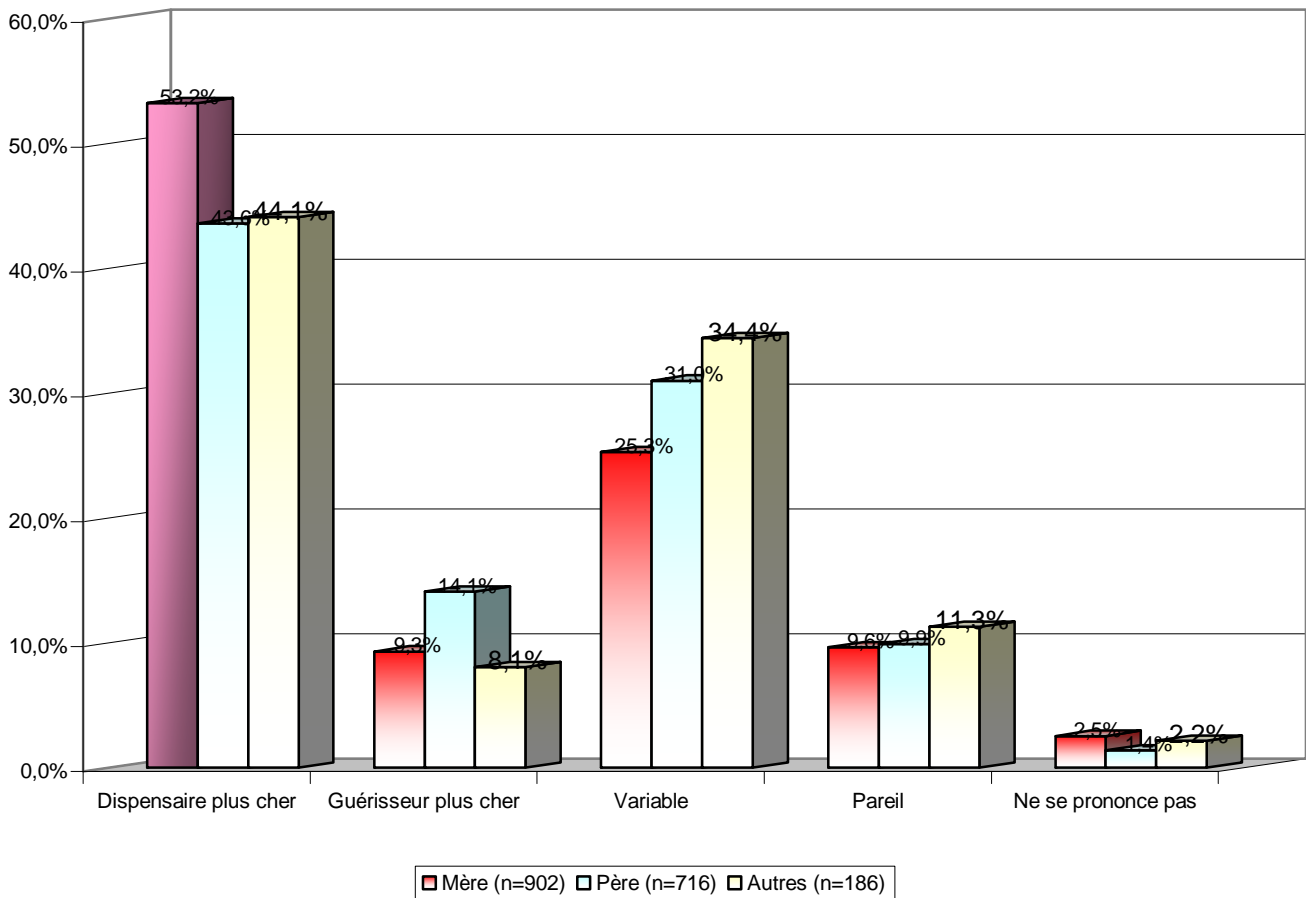
⁹⁴ Nous avons regroupé ici le recours à des thérapeutes traditionnels et les soins à domicile à base d'aliments spéciaux, de massages, d'incantations ou de fumigations.

Par ailleurs, lorsque les thérapeutes traditionnels sont déclarés compétents pour traiter le *paludisme/sibidu*, la consultation d'un guérisseur est 2,1 fois plus fréquente et celle des structures sanitaires 1,4 fois moindre. A l'inverse, lorsque les parents perçoivent l'efficacité des structures sanitaires pour le traitement du *paludisme/sibidu*, l'enfant consulte 2,6 fois plus souvent en structure sanitaire, mais autant auprès de thérapeutes traditionnels.

Pour mieux rendre compte de l'influence de la perception des soins sur les pratiques thérapeutiques, nous avons construit un indicateur distinguant les couples dans lesquels au moins l'un des deux parents privilégie des soins traditionnels, pratiqués à domicile ou par un spécialiste externe à la concession, et les couples s'en remettant aux soins biomédicaux. Conformément à nos attentes, l'attachement aux thérapies traditionnelles est associé à 1,5 fois plus de consultations de thérapeutes traditionnels et à la pratique de plusieurs soins à domicile, notamment à base de massages ; à l'inverse, la reconnaissance de l'efficacité des soins biomédicaux favorise 1,7 fois la consultation en structure sanitaire, 1,9 fois au cours des premières heures de maladie (tableau 4-4). Ces résultats valident l'hypothèse d'une relation entre la perception des moyens médicaux et les pratiques thérapeutiques, tout en soulignant une fois encore le caractère rationnel des choix curatifs faits par les personnes en charge de l'itinéraire thérapeutique.

Pour compléter l'étude des représentations des différentes alternatives thérapeutiques, nous nous sommes intéressé à la perception du coût des soins (figure 4-14). Pour près de la moitié des personnes interrogées, la consultation en structure sanitaire est perçue comme la plus onéreuse. Les mères sont nettement plus nombreuses à considérer que les structures sanitaires sont les plus chères, comparativement aux pères et aux personnes autres (figure 4-14). L'association de la consultation en structure sanitaire à la notion de cherté explique en partie les longs délais de recours observés : la mère d'une petite fille malade témoigne ainsi que « nous sommes fatigués d'aller toujours au dispensaire, donc on attend jusqu'à l'aggravation » (J. D., Fissel). Cependant, pour près de 40 % des interrogés, la différence entre le coût d'une consultation en structure sanitaire et auprès d'un guérisseur reste limitée ou soumise à des variations. Seule une minorité de répondants, représentant environ 10 % des interrogés, perçoit les thérapeutes traditionnels comme plus chers que les recours biomédicaux (figure 4-14).

Figure 4- 14 : Perception du coût des soins par les mères, les pères et les personnes *autres*



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

4.2.4 Perception et rapport à l'offre de soins biomédicale

L'étude du rapport au système de soins biomédical s'intéresse, au-delà de la perception de l'efficacité des différentes alternatives thérapeutiques, aux habitudes et aux expériences passées en matière de santé.

Notre hypothèse est ici que, d'une manière générale, les parents ayant intégré l'offre biomédicale à l'éventail de leurs pratiques sanitaires sont plus à même d'adopter des comportements conformes aux recommandations des protocoles de soins officiels.

Au Sénégal, l'organisation du système sanitaire regroupe les services de planning familial et de soins aux populations et, à l'instar d'autres études, il nous est apparu logique de rapprocher les attitudes en matière de pratiques thérapeutiques et les attitudes en matière de santé de la reproduction (Adjmagbo et al., 1999). Nous proposons d'appréhender le rapport entretenu à l'offre de soins biomédicale en combinant quatre dimensions : l'existence, au sein du couple, d'une discussion portant sur l'utilisation d'une contraception visant à réguler les naissances ; le suivi de plusieurs visites prénatales au cours de la dernière grossesse ; l'utilisation de moustiquaires imprégnées au sein du ménage ; le refus de certains soins biomédicaux recommandés pour le traitement du paludisme.

Dans les villages étudiés, seule une minorité de couples discute des questions de planification des naissances : plus de 75 % (n=902) des répondants n'abordent pas cette question et près de 10 % des mères déclarent ne pas savoir ce qu'est le planning familial (tableau annexe 4.31). Dès lors, le fait d'avoir des échanges sur la possibilité de recourir au planning familial constitue un facteur potentiellement discriminant. La réalisation d'une visite prénatale est, elle aussi, loin d'être systématique : au cours de leur dernière grossesse, plus de 40 % des mères n'ont réalisé aucune visite prénatale et 15 % n'en ont réalisé qu'une seule (tableau annexe 4.32)⁹⁵. De manière similaire, l'utilisation de moustiquaires imprégnées est marginale dans les ménages enquêtés : plus de 90 % des enfants malades n'ont jamais dormi sous une moustiquaire imprégnée et moins de 2 % dormaient sous moustiquaire au moment de l'enquête (tableau annexe 4.33). La faible utilisation des moustiquaires imprégnées s'explique en premier lieu par des considérations économiques : plus de la moitié des ménages n'ayant jamais utilisé les moustiquaires mettent en avant les problèmes liés à leur coût (tableau annexe 4.34). Dans la même logique, l'immense majorité des ménages ayant arrêté de les utiliser les a délaissées en raison de leur usure, faute de moyens pour les remplacer ; 20 % d'entre eux mettent également en avant les difficultés de leur utilisation au quotidien en raison de la structuration de l'espace de sommeil et de la taille des moustiquaires. Par ailleurs, plus de 40 % des ménages n'utilisant pas les moustiquaires manifestent un manque d'intérêt pour le produit, lié à un déficit d'information et un a priori sceptique sur leur efficacité ; d'autres regrettent les problèmes de distribution de moustiquaires et les multiples difficultés pour les réimprégner. Le rejet des protocoles officiels de traitement du paludisme concerne une minorité de répondants : 5,0 % des répondants déclarent refuser donner de la chloroquine à leur enfant et 2,8 % n'acceptent pas la pratique d'injections.

⁹⁵ Les autorités sanitaires recommandent de réaliser 4 visites prénatales.

Le rapport au système biomédical, appréhendé à travers la discussion du planning familial, les visites prénatales et l'utilisation de moustiquaires imprégnées semble exercer une réelle influence sur les comportements de recours aux soins (tableau 4-5).

Tableau 4- 5 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon les attitudes pour la prise en charge de l'enfant malade

	Env. frais	Re bio	Re trad	Re bio 48 heures	Re trad 48 heures	N
Discussion planning familial	**	Ns	***	*	***	902
Oui	20,7	23,2	29,3	18,3	20,7	82
Non	12,2	21,5	15,1	11,1	9,4	820
Visites prénatales	*	*	Ns	Ns	Ns	877
Plusieurs	15,3	24,7	18,6	13,2	11,3	372
Aucune ou une	11,3	19,6	14,9	10,9	9,5	505
Enfant a déjà dormi sous moustiq.	Ns	***	Ns	***	Ns	899
Oui	14,7	35,3	13,2	23,5	10,3	68
Non	12,9	20,5	16,7	10,7	10,5	831

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

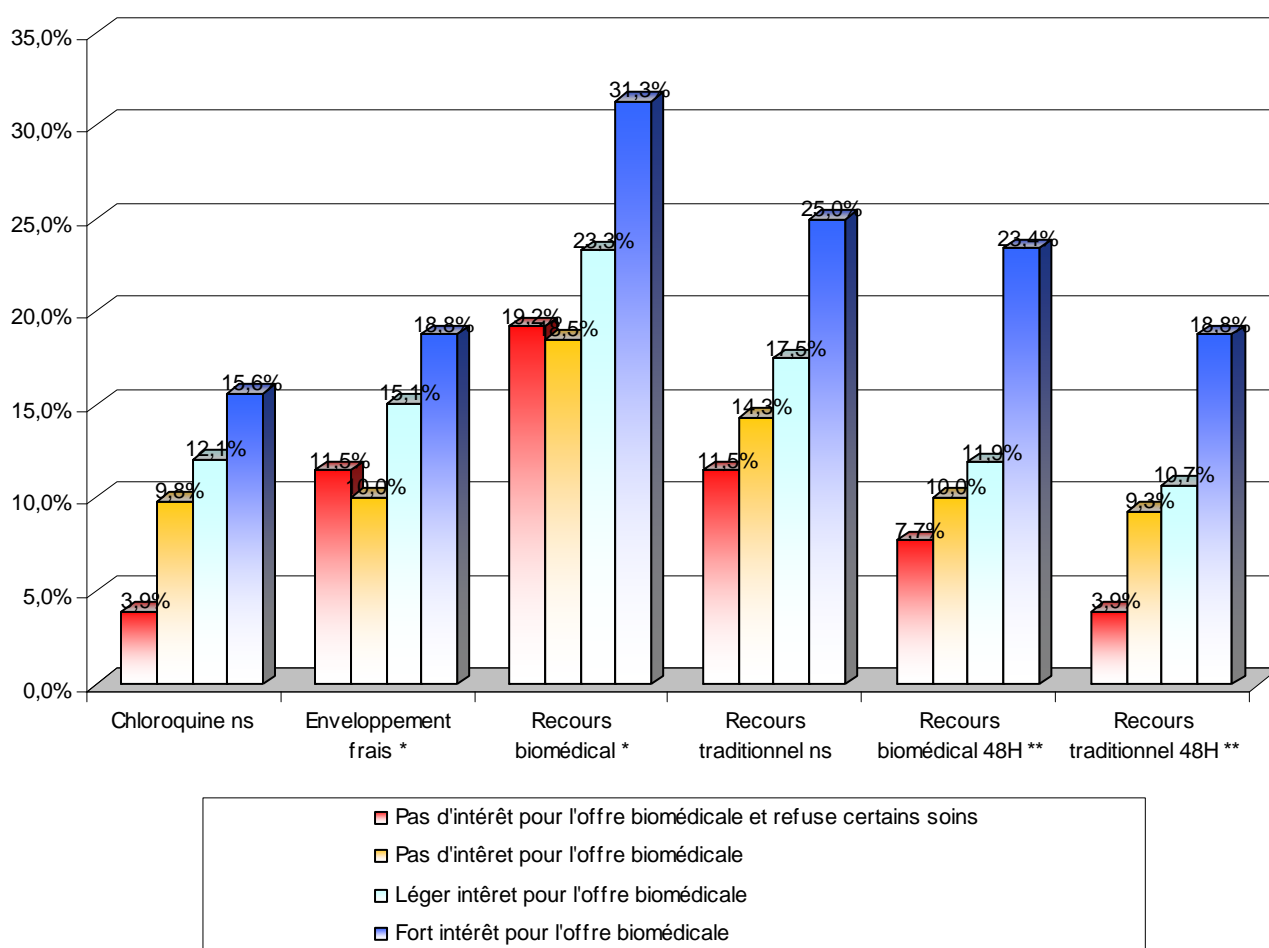
Le fait de discuter de planning familial ou d'avoir réalisé, au cours de la dernière grossesse, au moins deux consultations prénatales, favorise l'utilisation d'enveloppes fraîches dans le cadre des soins à domicile (tableau 4-5). De manière surprenante, la discussion des questions de planning familial est associée à une consultation 1,9 fois plus fréquente de thérapeutes traditionnels, y compris au cours des 48 premières heures de maladie. Le fait que la mère de l'enfant ait effectué plusieurs visites prénatales est associé à 1,3 fois plus de recours biomédicaux et, dans les ménages ayant déjà utilisé des moustiquaires, les enfants consultent 1,5 fois plus souvent en structure sanitaire, 2,2 fois plus dans les premières 48 heures de maladie (tableau 4-5).

En combinant ces multiples paramètres, nous avons construit un indicateur caractérisant d'une manière générale le rapport à l'offre de soins biomédicale. Il distingue quatre classes de ménages : celle dont les parents n'utilisent pas les moustiquaires, ne discutent pas de contraception, n'effectuent pas correctement les visites prénatales et refusent la pratique de certains soins biomédicaux ; celle dont les parents n'utilisent pas les moustiquaires, ne discutent pas de contraception, n'effectuent pas correctement les visites prénatales mais

acceptent la pratique de tous les soins biomédicaux ; celle dont les parents utilisent les moustiquaires ou discutent de contraception ou effectuent correctement les visites prénatales ; celle dont les parents manifestent un grand intérêt pour l'offre de soins biomédicale, en pratiquant au moins deux dimensions parmi l'utilisation de moustiquaires, la discussion de contraception et le suivi correct des visites prénatales.

Confirmant notre hypothèse, les résultats montrent que l'intérêt des parents pour l'offre de soins biomédicale et leur ouverture aux pratiques sanitaires « modernes » est corrélé de manière linéaire aux comportements de recours aux soins (figure 4-15).

Figure 4- 15 : Pratiques thérapeutiques selon le rapport des parents à l'offre de soins biomédicale : ils n'y accordent pas d'intérêt et refusent la pratique de certains soins (N=26), ils n'y accordent pas d'intérêt mais acceptent la pratique de tous les soins (N=400), ils ont un réel intérêt pour l'offre de soins biomédicale (N=412), ils ont un grand intérêt pour l'offre de soins biomédicale⁹⁶ (N=64)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

⁹⁶ L'intérêt réel pour l'offre de soins biomédicale est défini par le fait soit d'utiliser des moustiquaires imprégnées, soit de discuter de contraception au sien du couple soit d'effectuer correctement les visites prénatales ; le fort intérêt est défini par le fait de mettre en œuvre plusieurs de ces pratiques

Nous observons ainsi, qu'au niveau des soins à domicile, la pratique de l'enveloppement frais et, en l'absence de relations statistiquement significatives, la propension à consommer de la chloroquine augmentent avec le niveau d'ouverture des parents aux pratiques de la biomédecine. De manière similaire, la propension à réaliser un recours externe, biomédical ou traditionnel, est majorée par l'intérêt pour l'offre biomédicale, avec un écart marqué entre les ménages ayant un fort intérêt pour l'offre biomédicale et les autres (figure 4-15). Le rapport à l'offre de soins biomédicale détermine également le délai de mise en œuvre des consultations externes : les ménages ayant un fort intérêt pour l'offre de soins biomédicale consultent significativement plus rapidement en structure sanitaire que les autres ménages, y compris ceux ayant un léger intérêt pour l'offre de soins biomédicale, 1,9 jours (N=19) contre 2,9 jours (N=84) ($t < 0,05$) ; ils consultent également plus souvent en moins de 48 heures.

Il apparaît en outre que les parents ayant un fort intérêt pour l'offre de soin biomédicale mobilisent pour le premier recours en structure sanitaire des sommes significativement plus importantes que les autres ménages, notamment par rapport à ceux qui ont une attitude fermée vis-à-vis de l'offre biomédicale, 2 440 Francs CFA (n=18) contre 1 170 Francs CFA (n=61) ($t < 0,05$). Ce résultat s'explique principalement par l'implication 2,6 fois plus fréquente du père dans la mise en œuvre du recours ($p < 0,05$), qui est 1,3 fois plus souvent décidé après concertation ($p < 0,1$).

4.2.5 Les sources d'informations en matière de santé

Les résultats qui précèdent montrent que, de manière assez inattendue, la population de Niakhar se caractérise par une forte hétérogénéité dans la représentation des causes, des manifestations et des modes de traitement du paludisme. Dans ce contexte, la question des sources d'information en matière de santé se pose avec acuité. Nous formulons ici l'hypothèse qu'il existe un lien direct entre la place accordée aux questions de santé et les sources d'informations en matière de santé d'une part, et les comportements de recours aux soins d'autre part. Nous avançons l'idée que l'accès régulier à des messages d'informations sanitaires et que la discussion fréquente avec des acteurs de santé favorisent la diffusion de connaissances appropriées et l'adoption de pratiques thérapeutiques conformes aux recommandations des autorités sanitaires.

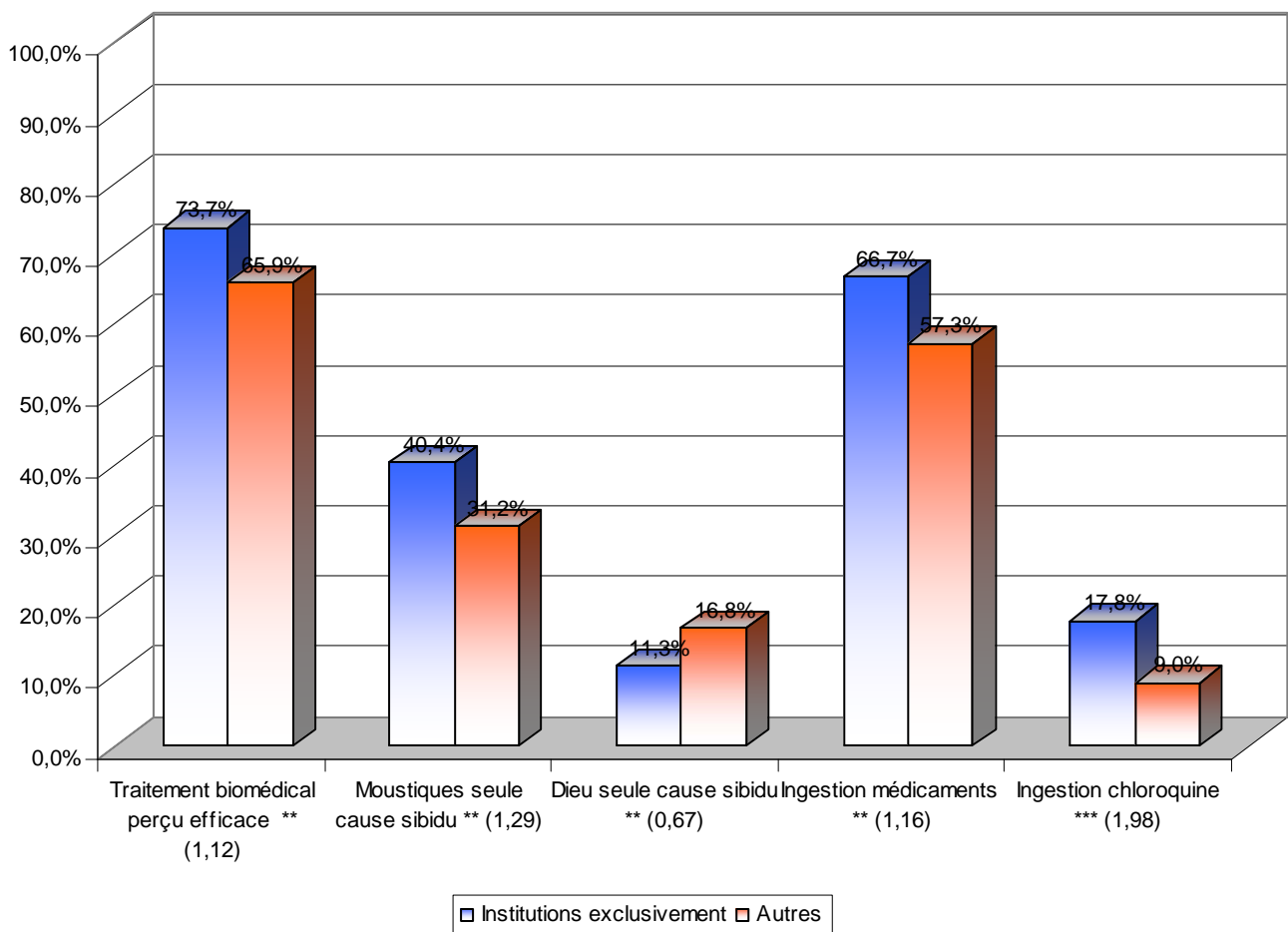
La santé est un sujet de discussion couramment abordé par près de 40 % des interrogés, mais un peu moins souvent par les mères biologiques (tableau annexe 4.37). Moins de 15 % des répondants déclarent ne quasiment jamais avoir d'échanges sur les questions de santé. Dans le cadre de nos observations *in situ*, il nous est apparu que, le plus souvent, les discussions en matière de santé sont suscitées par l'intervention d'un événement, tel que la survenue d'une maladie ou d'un décès. Les échanges en matière de santé concernent avant tout les premiers cercles de sociabilité : près des deux tiers des personnes interrogées ont des échanges sur la santé au sein de la famille et près de 30 % des répondants discutent de santé avec leurs amis ou leurs voisins (tableau annexe 4.38). Au sein de la concession, les échanges sur les questions de santé ne concernent pas exclusivement le conjoint et touchent les différents membres de l'environnement familial élargi.

Les principales sources d'informations sur le paludisme sont associées aux proches et aux parents, ce qui donne un cadre de proximité maîtrisée au processus de transmission des savoirs, des techniques et des représentations thérapeutiques. Cette proximité favorise la réappropriation des informations extérieures : l'expérience et l'innovation personnelle sont mis en avant par près de 30 % des répondants (tableau annexe 4.39). L'école d'alphabétisation sereer est surtout une source d'informations en matière de santé pour les mères, qui sont par ailleurs nettement moins en contact avec les sources d'informations officielles. Les réponses recueillies soulignent nettement la déficience des sources officielles pour l'acquisition d'informations sanitaires : l'ensemble des institutions officielles, regroupant l'école française, les agents médicaux, les médias et les campagnes menées par le ministère de la santé représente une source d'information en matière de santé pour moins de 25 % des personnes interrogées ; 5 % à peine des répondants ont des contacts directs avec les intervenants en matière de santé (tableau annexe 4.38).

Les sources d'informations en matière de santé sont directement associées aux connaissances en matière de *paludisme/sibidu*. L'exposition d'un des deux parents aux messages sanitaires issus des institutions officielles est associé à une perception renforcée de l'efficacité des traitements biomédicaux, à une identification du rôle du moustique 1,3 fois plus fréquente et à une explication du *sibidu* par une causalité divine 1,5 fois plus rare (figure 4-16). Ces relations semblent cependant plus sensibles pour le père de l'enfant que pour la mère (tableau annexe 4.40).

L'exposition aux informations issues d'acteurs institutionnels n'influe pas sur les consultations hors de la concession, mais favorise légèrement l'ingestion de médicaments dans le cadre de soins à domicile : elle est notamment associée à une consommation 2 fois plus importante de chloroquine (figure 4-16). Par ailleurs, si l'exposition à des sources d'informations officielles et la proximité à un agent de santé n'influence pas le respect des règles de consommation de la chloroquine dans le cadre des soins à domicile, elle favorise significativement l'observance du traitement anti-paludique après consultation en structure sanitaire (tableau annexe 4.87). Ce résultat semble indiquer que l'accès à une information officielle n'est pas, à lui seul, suffisant pour assurer un bon suivi des règles de posologie, mais constitue un relais facilitant la compréhension et l'adhésion aux prescriptions de l'infirmier.

Figure 4- 16 : Perceptions et pratiques thérapeutiques selon les sources d'information des parents de l'enfant : l'un des parents au moins a les institutions officielles⁹⁷ pour source d'information exclusive (N= 213) ou non (N=689)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

⁹⁷ Nous entendons par sources d'informations officielles l'école française, les agents médicaux, les médias et les campagnes menées par le ministère de la santé

L'identité des partenaires de discussion sur les thèmes de santé influence les comportements thérapeutiques. Dans les ménages où les parents de l'enfant ont des discussions régulières sur les questions de santé entre eux et avec des personnes âgées, l'enfant a tendance à recevoir plus de soins à domicile, avec notamment plus d'enveloppement frais (tableau annexe 4.41), mais consulte 1,5 fois moins souvent en structure sanitaire et 2,3 fois moins au cours des premières 48 heures de maladie (tableau annexe 4.42).

La proximité directe d'une personne ayant suivi une formation dans le domaine de la santé ou exercé dans ce secteur d'activité est associée à une plus forte consommation de médicaments dans le cadre des soins à domicile, avec notamment une ingestion 1,4 fois plus importante de chloroquine (tableau annexe 4.41). Cette proximité favorise également la consultation rapide en structure sanitaire, avec 1,5 fois plus de consultation dans les premières 48 heures de maladie (tableau annexe 4.42) et un délai moyen de recours légèrement inférieur, 2,2 jours (n=34) contre 2,7 jours (n=137) pour les autres ($p < 0,1$).

4.2.6 La répartition théorique des rôles au sein de la cellule familiale

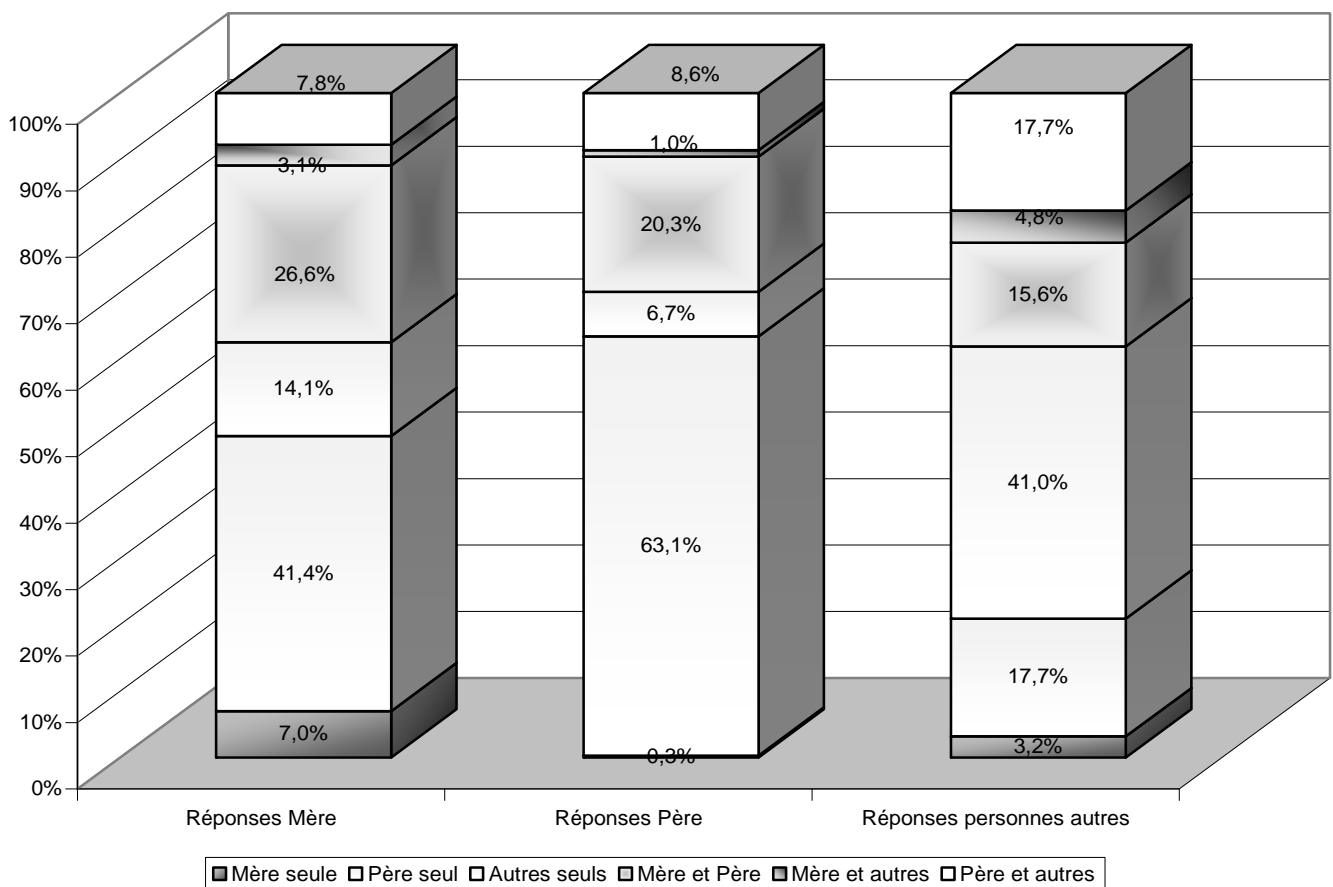
L'analyse descriptive a montré la nette prédominance à Niakhar d'un modèle de prise en charge collectif de la maladie de l'enfant, avec des normes donnant à chacun un rôle spécialisé. Nous formulons cependant l'hypothèse que les attitudes des ménages en matière de répartition des responsabilités ne sont pas uniformes dans toutes les cellules familiales et que la définition des champs d'action dans ces univers premiers influence fortement les comportements de recours aux soins.

L'étude des conditions théoriques de production des actes thérapeutiques montre que, de manière surprenante, les décisions sont avant tout conceptualisées comme une affaire individuelle : pour plus de 60 % des personnes interrogés, les décisions de santé ne concernent qu'une seule personne ; cette conception unilatérale des décisions est encore plus fréquente pour les pères (tableau annexe 4.43). Les normes théoriques de prise de décision sont rarement pensées comme le fruit d'un processus collectif : elles sont en décalage avec les modalités effectives de conception des choix thérapeutiques observées lors de l'épisode morbide, qui sont le plus souvent collégiales. Ce décalage peut en partie être expliqué par le poids des contraintes liées à la mise en œuvre des soins.

A Niakhar, le modèle dominant n'est pas celui du partage des responsabilités entre les parents biologiques de l'enfant : seulement 20 % des ménages désignent les deux parents comme les personnes habilitées à prendre les décisions thérapeutiques (figure 4-17). La répartition théorique du pouvoir décisionnel désigne clairement le père de l'enfant comme le principal décideur en matière de santé : il est à même de décider seul des soins à apporter à son enfant malade dans près de la moitié des ménages. Le découpage théorique des rôles au sein de la cellule familiale ne semble pas corrélé aux caractéristiques économiques du ménage, mais varie en fonction de caractéristiques socio-démographiques : ainsi, le père de l'enfant est significativement plus souvent désigné comme le seul à même de décider lorsqu'il est âgé de plus de 5 ans au moins que la mère ($p < 0,1$).

L'appréciation de la distribution du pouvoir de décision est loin d'être consensuelle : chacun des membres de l'entourage de l'enfant a ainsi tendance à évaluer plus favorablement sa propre capacité à décider (figure 4-17).

Figure 4- 17 : Personnes théoriquement à même de prendre les décisions pour soigner un enfant malade selon les mères (N=902), les pères (N=716) et les autres personnes (N=186)



Les divergences sur le partage des responsabilités au sein des sphères primaires de sociabilité montrent nettement que les procédures définissant la distribution des rôles en fonction des relations statutaires ne sont pas définitivement fixées. Le décalage entre le partage théorique du pouvoir décisionnel et son exercice concret en cas de maladie met en avant la dimension conflictuelle de la définition des champs d'action des différentes personnes concernées par la maladie de l'enfant. En effet, dans le cadre de l'épisode morbide enquêté, la mère de l'enfant bénéficie d'une large autonomie de décision et d'action, surtout pour les soins à domicile, qui lui est, en théorie faiblement reconnue.

Ce décalage peut en partie être expliqué par le bouleversement provoqué par la maladie, lui permettant d'accéder temporairement à des champs de pouvoir qui lui sont autrement fermés : « les mères ont d'autres types d'aide et de soutiens sociaux et financiers à leur disposition quand leur enfant tombe malade, comparativement à celles dont elles disposent au quotidien »⁹⁸. Toutefois, la perception discordante des responsabilités individuelles constitue, à notre sens, une composante importante des comportements thérapeutiques, pouvant retarder les prises de décisions thérapeutiques et limiter la propension à se tourner vers les soins les plus difficiles à mettre en œuvre.

Au-delà des perceptions sensiblement divergentes de la mère, du père et des personnes *autres*, on observe une grande concordance entre la répartition théorique des rôles pour la prise en charge de l'enfant malade et l'identité des personnes effectivement intervenues dans l'épisode morbide enquêté. Il existe ainsi une claire association entre la capacité théorique de la mère ou du père à décider et leur participation effective, dans le cadre de l'épisode morbide enquêté, à la décision ou au financement du premier recours externe.

⁹⁸ Traduction de l'auteur : « mothers have differing types and degrees of social and financial assistance at their disposal when their children become ill compared with those available for their daily care" (Castle, 1993, p.155).

Ainsi, lorsque la mère se considère comme à même de prendre toutes les décisions qu'elle juge bonnes, abstraction faite des contraintes financières, elle est 1,5 fois plus souvent impliquée dans la conception du premier recours externe (tableau 4-6). Par ailleurs, lorsque la mère se perçoit comme concernée par les décisions thérapeutiques, le schéma décisionnel effectif est plus souvent individuel : le premier recours externe est 1,5 fois plus souvent décidé sans concertation. En revanche, la répartition théorique des rôles au sein de la cellule familiale n'est pas corrélée aux conditions d'accompagnement et d'administration du traitement après consultation.

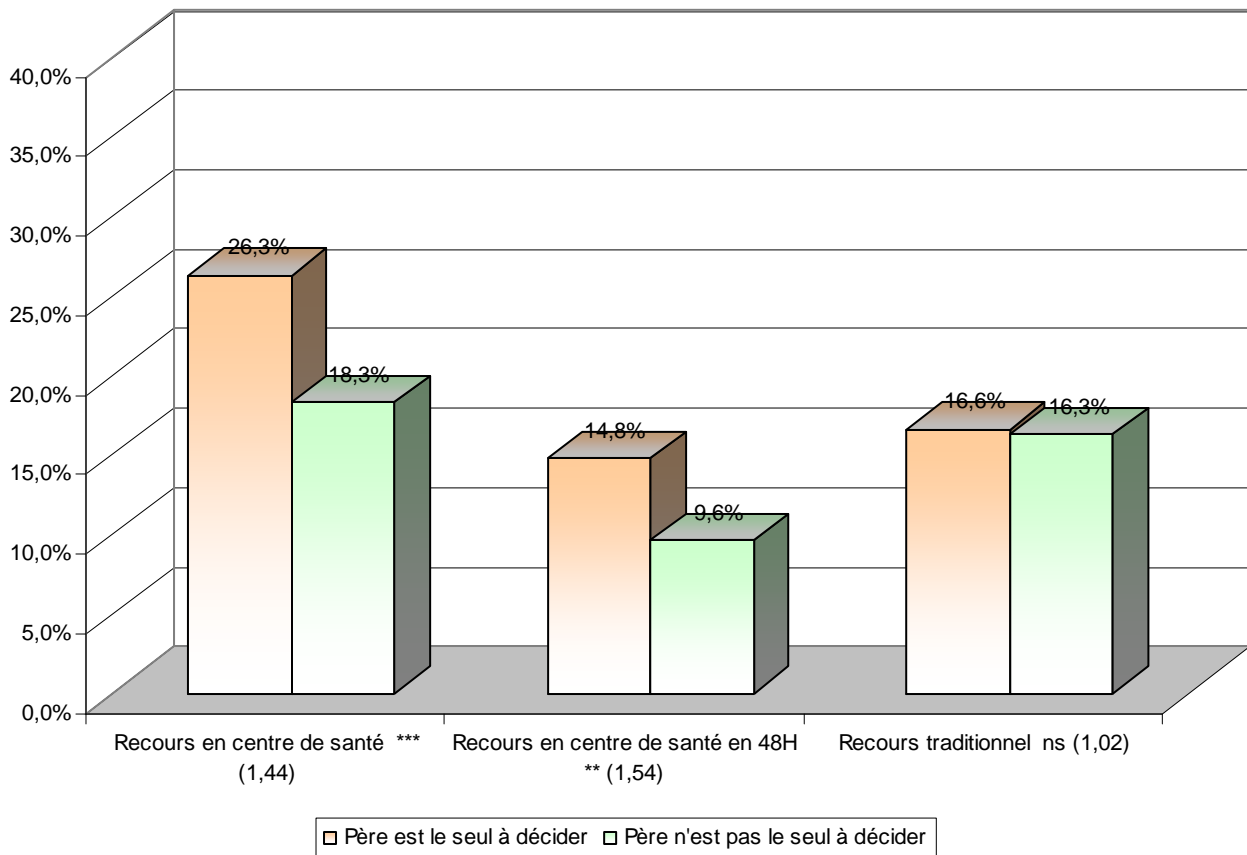
Tableau 4- 6 : Conditions de prise en charge du premier recours externe selon la répartition théorique des rôles des parents de l'enfant (réponses de la mère)

	Mère propose	Père propose	Décision seul	Mère finance	Père finance	N
Décision thérapeutique théorique	***	**	**	**	**	292
Mère	66,7	20,4	38,7	41,9	31,2	93
Pas mère	44,2	33,7	26,1	30,2	47,2	199
Décision thérapeutique théorique	Ns	***	***	**	***	292
Père	50,2	35,1	26,4	30,3	47,2	231
Pas père	55,7	8,2	44,3	47,5	23,0	61
Mère décide seule si argent théorique	*	***	**	Ns	Ns	292
Oui	57,7	21,1	37,4	38,2	37,4	123
Non	46,8	35,5	24,9	30,8	45,6	169

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

La définition théorique des rôles pour la prise en charge de la maladie au sein de la cellule familiale influence peu la pratique des soins à domicile (tableau annexe 4.41), mais détermine directement la fréquentation des structures sanitaires. Ainsi, lorsque le père est désigné comme la seule personne pouvant légitimement prendre les décisions thérapeutiques, l'enfant consulte 1,4 fois plus souvent en structure sanitaire, y compris dans les premières heures de maladie ; cette relation ne concerne que la filière biomédicale, la fréquentation des thérapeutes traditionnels ne varie pas (figure 4-18). Par ailleurs, le schéma décisionnel basé sur un partage des responsabilités entre les deux parents est associé à une moindre consultation en structure sanitaire (tableau annexe 4.42).

Figure 4- 18 : Pratiques thérapeutiques selon la répartition théorique du pouvoir de décision au sein du ménage, pour la mère de l'enfant : le père est le seul à même de prendre les décisions (N= 373) ou non (N=529)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

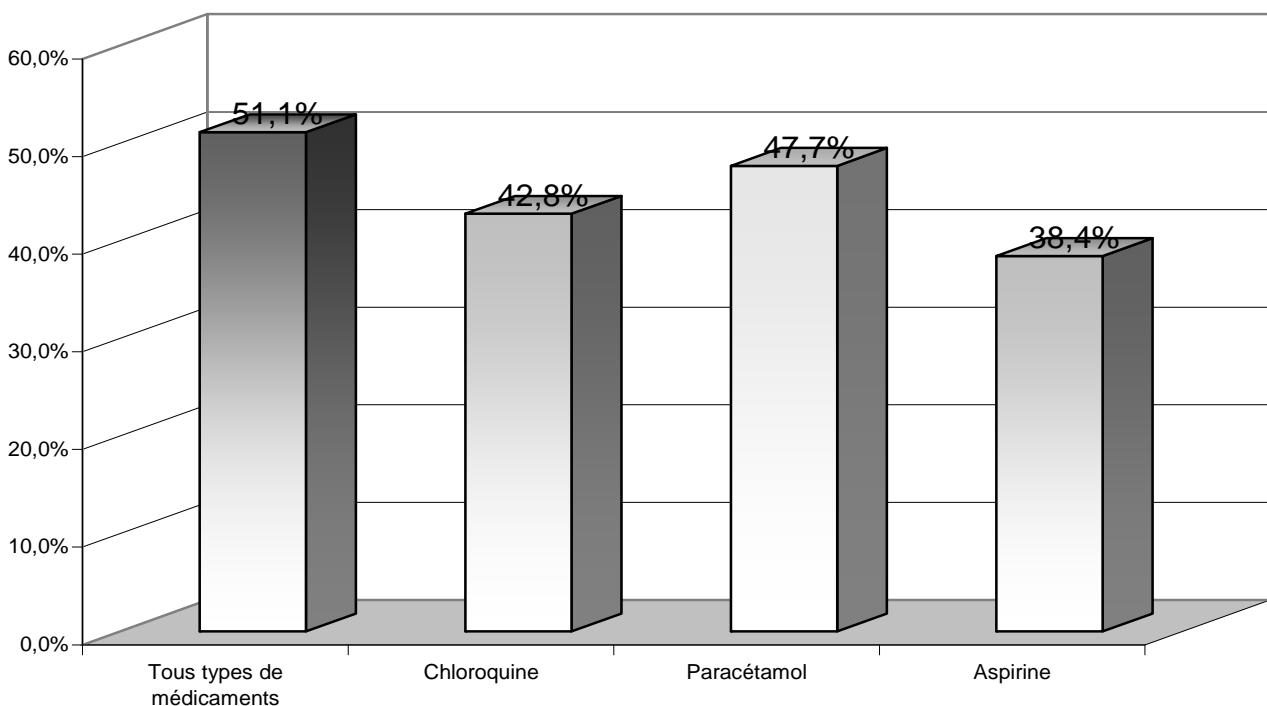
Ces résultats abondent dans le sens de notre hypothèse : les attitudes en matière de partage des responsabilités au sein du ménage influencent les pratiques thérapeutiques. Cependant, l'interprétation des associations observées doit être en lien direct avec les caractéristiques du contexte d'étude. Le partage des responsabilités en matière de décision thérapeutique implique en effet la recherche et la mise en œuvre de soins par chacun des deux parents. Or, le champ d'action de la mère, limité par son manque de pouvoir et d'autonomie financière, la pousse à privilégier les soins à domicile et les recours traditionnels : les effets de sa participation aux décisions thérapeutiques sont avant tout le reflet de sa volonté de prodiguer à l'enfant malade des soins perçus comme efficaces, en fonction de ses moyens financiers, matériels et temporels limités. A l'inverse, la centralisation exclusive du pouvoir décisionnel par le père induit son implication plus fréquente et plus rapide dans le processus thérapeutique, ce qui signifie l'existence potentielle de moyens financiers permettant la mise en œuvre d'un recours biomédical.

4.2.7 Les stratégies de planification des dépenses de santé

Dans les villages étudiés, la population vit principalement d'une activité agro-pastorale de rente, associée à la culture d'arachides, d'haricots et de fleurs d'ibiscus principalement destinés à la vente. L'économie locale s'appuie également sur les revenus de petits commerces et sur les apports irréguliers des migrants. La faiblesse des échanges monétaires, exacerbée par un contexte général de grande pauvreté fragilisant l'assise économique des ménages, limite la disponibilité de liquidités et pose avec acuité la question du financement des soins en cas de maladie. Les deux principales stratégies pour la planification de la prise en charge des maladies survenant au cours de la saison des pluies sont, d'une part, l'achat à l'avance et sans prescription médicale de médicaments conservés au sein du ménage et, d'autre part, le dégagement d'un budget spécifique pour faire face aux dépenses de santé. L'hypothèse qui sous-tend notre analyse est que ces stratégies, renvoyant à des modèles prédéfinis de prise en charge des maladies survenant au cours de l'hivernage, sont associées à des pratiques thérapeutiques différentes.

Les ménages anticipent fréquemment les besoins en médicaments en constituant une pharmacie à domicile (figure 4-19).

Figure 4- 19 : Part des ménages conservant souvent différents médicaments



L'achat de médicaments sans prescription médicale dans le but de les stocker au sein de la concession apparaît comme une norme dominante : près de la moitié des ménages enquêtés déclare parfois conserver du paracétamol à domicile et 40 % de l'aspirine et de la chloroquine. Rapportée à la consommation effective, la chloroquine est bien plus stockée que les autres médicaments. Ce résultat confirme les observations faites sur l'épisode morbide, où près de 55 % des médicaments consommés dans le cadre des soins à domicile étaient déjà possédés avant le début de la maladie de l'enfant⁹⁹, et la chloroquine plus que les autres médicaments.

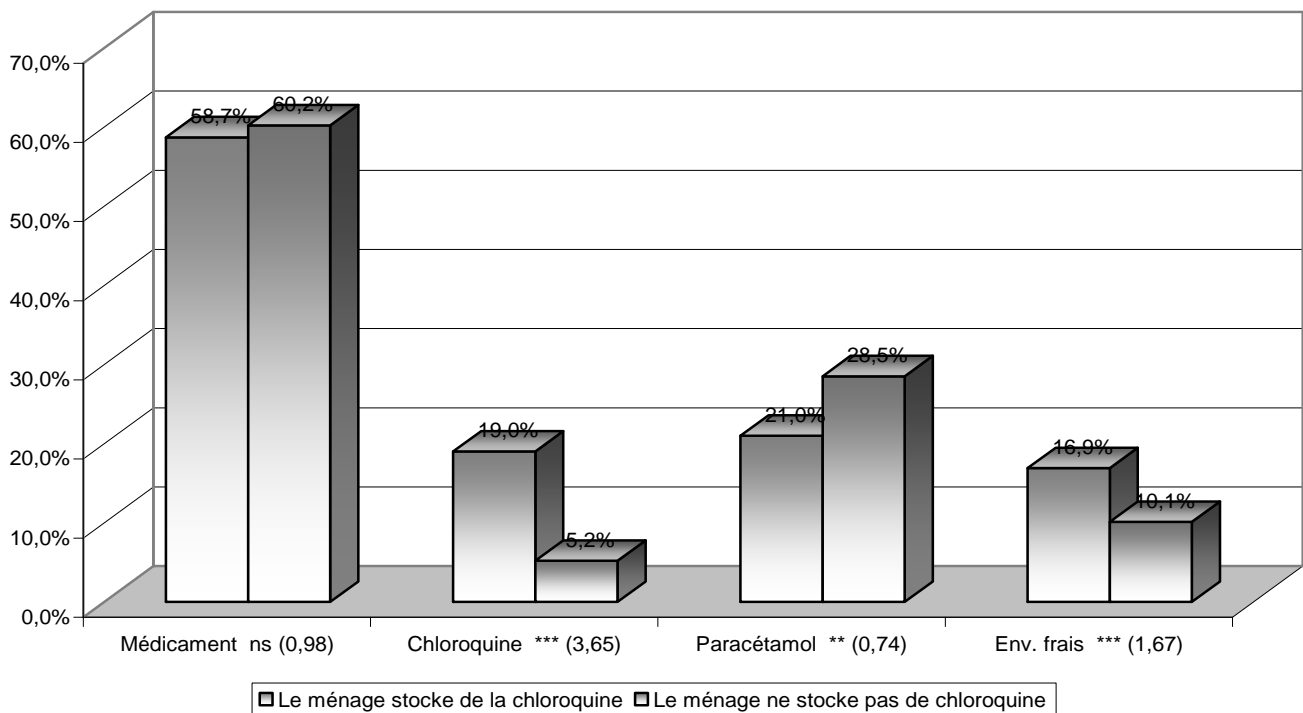
Au regard de la littérature, l'anticipation de l'approvisionnement en chloroquine apparaît spécifiquement forte à Niakhar (Dulhunty et al., 2000). La population entretient un rapport particulier à ce médicament, en partie lié aux stratégies de chimio-prophylaxie de masse organisées pendant plusieurs décennies par les autorités sanitaires. Lors d'entretiens menés *in situ*, plusieurs chefs de famille nous ont expliqué l'intérêt de continuer à pratiquer une ingestion préventive de chloroquine, y compris pour les adultes. Pour les ménages achetant sans prescription des médicaments en prévision des futurs épisodes morbides, la première source d'approvisionnement en médicaments est informelle : plus de 60 % des ménages s'approvisionnent auprès des marchés et des vendeurs ambulants (tableau annexe 4.44).

La forte propension à stocker la chloroquine apparaît à la fois comme la cause et la conséquence de la mauvaise observance des règles de posologie. D'une part, l'habitude de conserver de la chloroquine sans aucun rappel des règles de prescription constitue un facteur majorant le risque de mauvaise observance : les pharmacies à domicile participent au respect aléatoire des prescriptions (tableau annexe 4.87). D'autre part, les pharmacies à domicile se nourrissent de la mauvaise observance : la tendance à arrêter de consommer la chloroquine dès l'amélioration des symptômes permet de conserver les résidus et, par la suite, de les redistribuer au sein du ménage. Le manque de rigueur dans le suivi des traitements est bien souvent du à un laisser-aller ; il semble cependant également parfois être une pratique rationalisée ayant pour objectif de maximiser les ressources thérapeutiques disponibles pour faire face aux futurs épisodes morbides (Ruebush et al., 1995 ; McCombie, 1996 ; Yenneh et al., 1993).

⁹⁹ Se reporter au chapitre 3.1

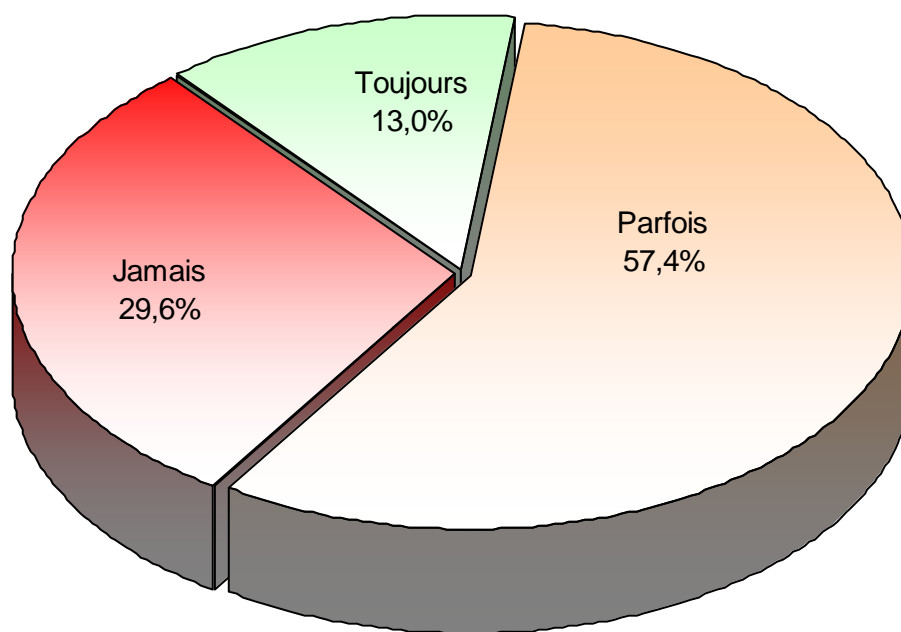
La possession d'une pharmacie au sein du ménage favorise la pratique de plusieurs soins à domicile successifs (tableau annexe 4.45), avec, de manière attendue, une consommation renforcée de médicaments (tableau annexe 4.41). Elle a cependant des effets différents selon la nature des médicaments : dans un contexte où le paracétamol est facilement accessible, la présence d'une pharmacie à domicile influe peu sur sa consommation, alors qu'elle favorise 1,9 fois la propension à ingérer de la chloroquine (tableau annexe 4.41). Par ailleurs, lorsqu'ils réalisent un recours en structure sanitaire, les ménages stockant des médicaments ont tendance à consulter après des délais plus importants : ils effectuent en moyenne leur premier recours biomédical en 2,8 jours (n=77), contre 2,4 jours pour les autres ménages (n=94) ($t < 0,1$) et réalisent 1,6 fois moins de consultations en structure sanitaire au cours des premières 48 heures de maladie (tableau 4.42). Le fait d'acheter à l'avance ou de stocker spécifiquement de la chloroquine constitue l'indice d'un intérêt marqué pour ce médicament : les ménages déclarant en stocker consomment 3,7 fois plus de la chloroquine que les autres (figure 4-20). La disponibilité directe de la chloroquine dans le ménage a également pour effet de limiter significativement la consommation des autres comprimés, notamment de paracétamol. Par ailleurs, les ménages conservant de la chloroquine pratiquent également plus souvent des enveloppements frais afin d'abaisser la température.

Figure 4- 20 : Pratiques thérapeutiques selon l'habitude du ménage de stocker de la chloroquine à domicile : le ménage stocke parfois de la chloroquine (N= 385) ou non (N=515)



Dans la population d'étude, les dépenses de santé sont peu planifiées : moins de 15 % des ménages dégagent systématiquement un budget pour faire face à un éventuel épisode morbide en cas d'absence du père de l'enfant. La majeure partie des ménages prévoit, de temps à autres, un budget pour les dépenses de santé mais, dans près du tiers des cellules familiales, aucune somme n'est dégagée à l'avance (figure 4-21).

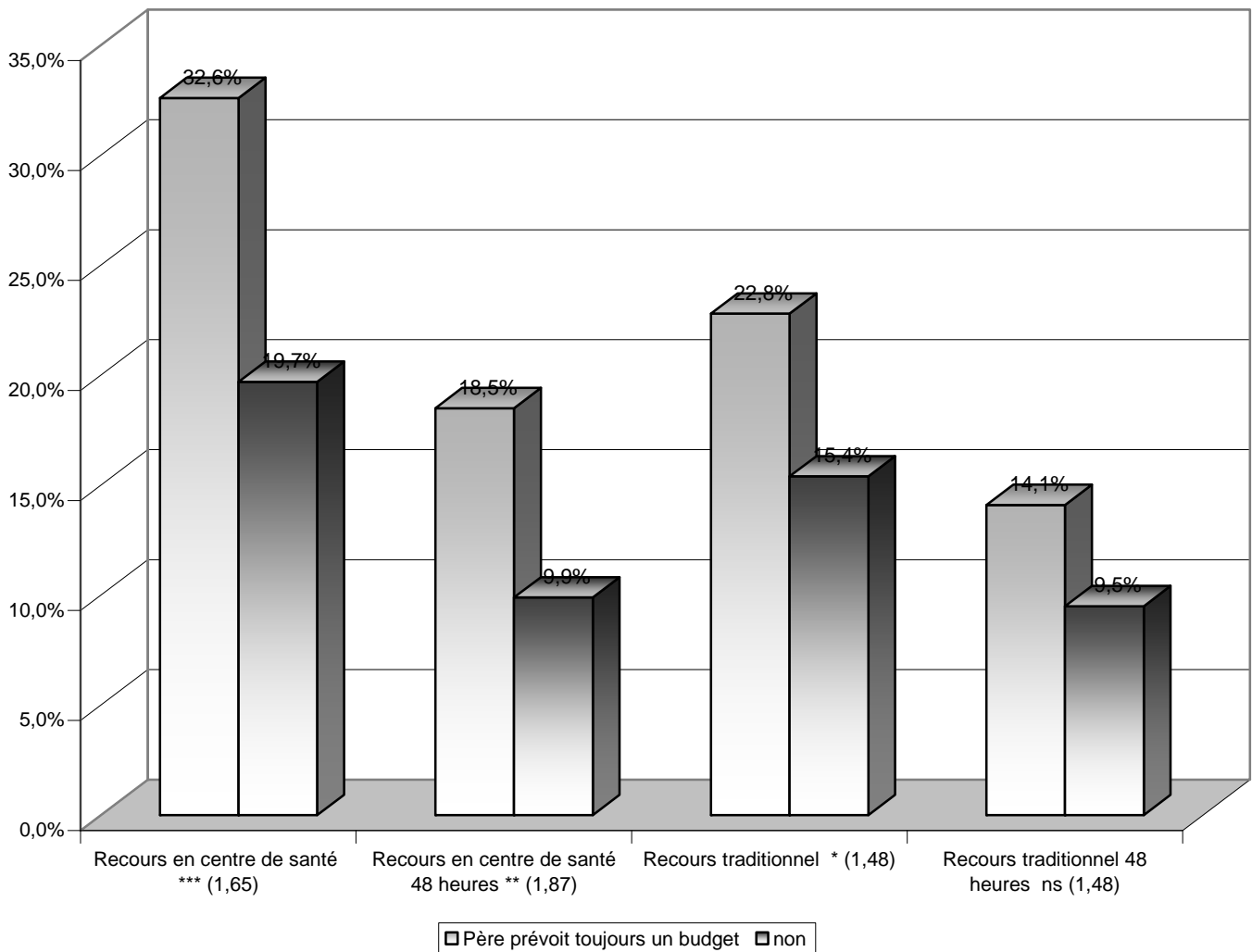
Figure 4- 21 : Répartition des ménages selon leur propension à planifier un budget pour faire face aux dépenses de santé, en particulier en cas d'absence du père de l'enfant : toujours (N=93), parfois (N=411) ou jamais (N=212)



Lorsque le père prévoit un budget destiné à soigner les enfants s'ils tombent malades lors de ses absences, il confie l'argent à la mère de l'enfant dans 68 % des cas, à sa propre mère dans 17 % des cas, à ses frères ou à son père dans 8 % des cas (tableau annexe 4.46). La personne en charge de la gestion du budget de santé tend à être plus fortement impliquée dans l'itinéraire thérapeutique : lorsque le père confie le budget de santé à la mère de l'enfant, elle propose 1,8 fois plus souvent le premier recours externe et les personnes autres sont d'autant moins impliquées dans la décision (tableau annexe 4.47). Confirmant les conclusions d'autres recherches, ces résultats mettent en évidence l'influence du pouvoir économique de la mère sur sa capacité d'action (Molyneux et al., 2002). Dans cette perspective, la migration circulaire des maris apparaît comme un facteur pouvant contribuer à conférer à la mère de l'enfant une plus grande marge d'action.

La planification des dépenses de santé influence peu la pratique de soins à domicile (tableau annexe 4.41), mais est associée à une moindre observance des règles de posologie dans le cadre des soins à domicile (tableau annexe 4.87). La planification des dépenses de santé facilite fortement la réalisation de recours externes, en particulier en direction des structures sanitaires : dans les ménages où le père laisse systématiquement une provision d'argent, les enfants réalisent 1,7 fois plus de recours biomédicaux et consultent 1,9 fois plus en structure sanitaire au cours des premières 48 heures de maladie (figure 4-22). La planification systématique d'un budget pour soigner les enfants favorise également, dans une moindre mesure, la consultation de thérapeutes traditionnels (figure 4-22).

Figure 4- 22 : Pratiques thérapeutiques selon l'habitude du ménage de planifier un budget pour les dépenses de santé : anticipation systématique d'un budget (N=92) ou non (N=624)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

4.2.8 Conclusion partielle

L'étude des connaissances, des perceptions et des attitudes associées au paludisme a mis en évidence un paradoxe majeur : bien qu'homogène sur le plan ethnique et partageant un patrimoine culturel et social commun, la population d'étude se caractérise par des représentations du paludisme et des attitudes en matière de santé très hétérogènes.

A l'encontre d'interprétations simplistes ou idéologiquement marquées, la perception du paludisme est loin d'être archaïque et repose avant tout sur les enseignements d'une profonde expérience de ses caractéristiques médicales et épidémiologiques. Cependant, le paludisme reste une maladie mal connue à Niakhar : en dépit de son incidence majeure sur la morbidité et la mortalité, la perception de ses causes, de ses manifestations et de son traitement est le plus souvent approximative et fait l'objet de multiples amalgames.

Le paludisme biomédical est ainsi appréhendé à travers deux grandes catégories étiologiques distinctes. Le *sibidu* renvoie à toutes les formes de morbidité fébrile de faible gravité : c'est une affection commune et plutôt bénigne, fondamentalement perçue comme d'origine naturelle, le plus souvent considérée comme provoquée par les moustiques et comme efficacement traitée en structure sanitaire. En revanche, les épisodes caractérisés par des signes ostensibles de gravité, tels que les crises convulsives et le coma, ne sont pas perçus comme du *paludisme/sibidu* et sont rattachés à des maladies d'origines surnaturelles. Cependant, la dimension « fourre-tout » du *sibidu*, défini comme une catégorie générique à laquelle sont associées toutes les formes de morbidité fébrile d'hivernage, correspond assez bien aux caractéristiques du paludisme, diverses et non spécifiques¹⁰⁰ : le personnel médical fait lui-même de fréquentes erreurs de diagnostic (Diallo et al., 2003 ; Lubanga, 1997 ; Jackson, 1985 ; Lefèbre-Zante, 1989). Plus encore, ce découpage populaire de l'entité paludisme en plusieurs catégories disjointes rejoint une conception dominante en Afrique et ailleurs, recoupant même une distinction effectuée par les médecins, qui parlent d'accès simple et de paludisme perniciosus (Adome et al., 1998 ; Jenkins, 1998 ; Kengeya-Kayondo et al., 1994 ; Molyneux et al., 2002 ; Mwenesi et al., 1995 ; Nyamongo, 2002 ; Reynolds-Whyte et al., 2000 ; Tarimo et al., 2000 ; Baume et al., 2000). En terme de santé publique, le principal problème posé par cette représentation est la non reconnaissance de la dimension évolutive des accès palustres simples en accès perniciosus : la succession des manifestations d'un même épisode palustre est perçue comme l'expression de deux maladies différentes.

¹⁰⁰ Le lecteur est renvoyé au chapitre 2.2 pour plus de détails.

De manière similaire, la majorité des répondants a une conscience générale du rôle des moustiques dans l'infection, mais n'assimile pas la notion de piqûre infectante : il apparaît dès lors logique que la population fasse appel à des explications liées à l'environnement, à la sorcellerie, aux tabous ou à des facteurs individuels de type nutritionnels pour expliquer ce qui, entre deux piqûres de moustiques, prédispose l'une à devenir morbide et l'autre pas. Par ailleurs, la perception des moyens médicaux, bien que très spécifique, nous semble plutôt rationnelle. En effet, la population adhère pleinement aux principes de la médecine biomédicale, mais stigmatise la chloroquine et les injections sur des arguments objectifs, récurrents dans la littérature : la chloroquine a des effets secondaires et une efficacité fortement diminuée, les injections intramusculaires comportent de réels risques d'abcès (Dulhunty et al., 2000 ; Roger, 1993 ; Wyatt et al., 1984). Enfin, la population fait preuve d'une grande résignation face aux fièvres d'hivernage : le *sibidu* est perçu comme un mal incontournable de la saison des pluies. Là encore, cette perception nous semble relativement logique au regard de l'expérience des parents de l'enfant : exposés au paludisme depuis leur plus jeune âge, ils sont eux aussi, chaque année, au cours des quelques mois de saison des pluies, les victimes récurrentes d'épisodes fébriles fréquents, mais qui, même en l'absence de prise en charge efficace, débouchent rarement sur des complications.

L'existence de multiples confusions sur la nature, les causes et le traitement du paludisme s'explique avant tout par la sous-exposition de la population à une information complète, relayée par un personnel qualifié : les conditions de délivrance des messages sanitaires favorisent une compréhension parcellaire et déformée. A travers le prisme des expériences individuelles, le brouillage des informations sanitaires favorise au contraire la constitution de multiples syncrétismes, où les croyances sont superposées et imbriquées au sein de modèles de représentations multiformes (Espino et al., 1997 ; Ruebush, 1992). A Niakhar, la population ne possède pas de modèle global et exclusif d'appréhension de la maladie : dans un milieu rural soumis à l'évolution rapide des institutions traditionnelles, à la crise du système de production agricole, à une forte migration circulaire et à la diffusion de l'idéologie mouride¹⁰¹, la circulation d'informations pseudo-médicales issues de tous horizons favorise l'élaboration de syncrétismes. Dès lors, les pratiques thérapeutiques ne peuvent plus être exclusivement considérées comme l'aboutissement d'un processus complet allant de l'interprétation au soin : la forte utilisation de l'automédication est bien plus le fruit de

¹⁰¹ Cf note 27.

l'expérience des effets des différents traitements sur les symptômes que l'expression d'une complète adhésion au modèle biomédical (Hausmann-Muela et al., 1998 ; Ager et al., 1996). Les relations entre les connaissances et les comportements sont complexes et non systématiques : nos résultats rejoignent ceux d'autres études montrant que « la relation à laquelle on pouvait s'attendre, à savoir qu'un recours accru à la biomédecine résulterait d'un bon niveau de connaissances, n'est pas toujours vérifiée » (Delcroix et al., 1993, p.11). Conformément à notre hypothèse postulant l'existence d'une multiplicité de déterminants des comportements de recours aux soins, chacune des variables caractérisant les perceptions, les connaissances et les attitudes en matière de santé exerce une influence spécifique sur les pratiques thérapeutiques. Ainsi, d'une part, conformément à la littérature, le fait de considérer seulement les moustiques comme cause du paludisme est associé à plus de recours biomédical, y compris dans un délai rapide et le fait de considérer les soins traditionnels comme efficaces limite au contraire la propension à recourir en structure sanitaire (Goldman et al., 2000); mais, d'autre part, la connaissance des symptômes biomédicaux du paludisme n'a pas d'incidence sur la consultation en structure sanitaire. La relation observée entre la perception de la cause du paludisme et la nature des soins pratiqués d'une part, l'influence de l'exposition aux sources d'informations institutionnelles sur l'observance des règles de posologie du traitement par chloroquine d'autre part, mettent en avant le caractère hautement préjudiciable du manque de diffusion des messages sanitaires par des relais compétents.

De manière attendue, la propension à consulter en structure sanitaire est directement associée à l'offre de soins biomédicale. Les stratégies thérapeutiques influencent également les comportements de recours aux soins. D'une manière générale, les ménages planifient peu les dépenses de santé et préfèrent, le plus souvent, constituer une pharmacie à domicile permettant d'assurer un traitement par automédication. Or, la planification des dépenses de santé garantit l'accès à tout l'éventail de l'offre thérapeutique, alors que la possession d'une pharmacie à domicile réduit et retarde la propension à réaliser les soins coûteux, c'est à dire les recours en structure sanitaire. Dans la mesure où la non planification des dépenses de santé réduit la capacité des ménages à consulter en structure sanitaire, il apparaît intéressant, dans un environnement caractérisé par l'absence de toute forme de sécurité sociale mais où la pratique des tontines est très développée, de mener une réflexion autour d'initiatives collectives permettant d'assurer l'anticipation d'un budget de santé par des cotisations régulières auprès des structures de santé.

Par ailleurs, les effets de la possession d'une pharmacie à domicile sur les comportements de recours aux soins mettent en évidence un problème d'accès à la chloroquine : lorsqu'ils sont disponibles dans le ménage, la chloroquine et le paracétamol sont placés en situation de concurrence et l'enfant reçoit presque autant des deux médicaments. La forte tendance à conserver des médicaments au sein du ménage met en lumière le fait que l'automédication et la consultation en structure sanitaire sont bien souvent considérées comme des soins interchangeables. Devant l'importance de cette pratique, il apparaît intéressant d'étudier la circulation des médicaments au sein des sphères primaires de sociabilité : dans quelle mesure des comprimés déjà possédés sont redistribués, donnés, vendus, échangés au sein des concessions ?

L'étude des normes théoriques pour la prise de décision au sein du ménage met en évidence la prédominance d'une norme déléguant au père le pouvoir de décision thérapeutique, dans un schéma décisionnel individuel. Cette norme virtuelle est en décalage avec les observations faites lors de l'épisode morbide : dans les faits, la prise en charge de la maladie est éminemment collective et la mère participe activement aux décisions thérapeutiques. Ce décalage s'explique en partie par l'existence de normes tacites prédéfinissant les modalités de traitement de l'enfant en amont de la survenue de la maladie. Assurément, le choix du type et de la nature des traitements, comme les conditions de leur mise en œuvre, restent conditionnés par de multiples paramètres, notamment par les facteurs déterminant la spécificité de l'épisode morbide. Cependant, les schémas thérapeutiques semblent, dans leurs grandes lignes, orientés à l'avance, en fonction de l'habitude de préparer une tisane basée sur une recette de famille, de fréquenter une structure sanitaire ou de consulter un thérapeute du village. Ainsi lors d'entretiens, la mère d'un enfant malade dont le père est absent nous confie qu'elle n'a pas le droit d'acheter des comprimés hors dispensaire (D. D., Ngangarlam) ; le père d'un enfant enquêté assure que, dans leur concession, personne ne consulte les guérisseurs traditionnels (J. N., Ngan-Fissel) ; la mère d'un enfant malade déclare aller systématiquement voir l'infirmier privé si son enfant a une forte fièvre (Ngayokhème). La centralisation du pouvoir de décision par le père de l'enfant favorise nettement le recours en structure sanitaire : ce résultat prend sens au regard de la définition des champs d'action des différents proches de l'enfant¹⁰² et des rapports de pouvoir qu'ils entretiennent : la mère, sans autonomie sur le plan moral et financier, perçoit nettement plus la cherté des soins en structure sanitaire.

¹⁰² Se reporter au chapitre 4.2

4.3 Les caractéristiques socio-démographiques de l'enfant malade et de ses parents

Dans l'objectif général de montrer la diversité des facteurs déterminant les comportements de recours aux soins, ce chapitre étudie les caractéristiques socio-culturelles de l'enfant, de ses parents et plus largement de son groupe familial. Au-delà de l'hypothèse générale posant que les caractéristiques socio-démographiques individuelles et collectives déterminent les modalités de prise en charge de la maladie et les pratiques thérapeutiques, nous avons formulé une hypothèse spécifique pour chaque variable étudiée.

Les caractéristiques socio-démographiques que nous avons intégrées à l'analyse renvoient aux paramètres classiquement identifiés par la littérature, notamment dans la modélisation de Kroeger (Kroeger, 1983).

4.3.1 Les caractéristiques socio-démographiques de l'enfant

Nous nous proposons ainsi d'étudier, parmi les facteurs caractérisant l'enfant, l'influence sur les comportements de recours aux soins de son sexe, de son âge, de son statut au regard de l'allaitement et de son rang de naissance.

4.3.1.1 Le sexe de l'enfant

Le sexe est, par excellence, un paramètre central de l'analyse démographique. Au cours des dernières décennies, plusieurs études se sont intéressées à l'influence du facteur sexuel sur les pratiques thérapeutiques (Biaye, 1994 ; M'Backé et al., 1991 ; Das Gupta et al., 1995). Nous formulons l'hypothèse que, si le sexe est un facteur potentiel de discrimination des pratiques thérapeutique, il ne constitue pas un déterminant direct des comportements de recours aux soins à Niakhar.

L'échantillon d'enquête est relativement équilibré du point de vue de la distribution par sexe : il est composé de 51,7 % de garçons et de 48,3 % de filles. Le sexe de l'enfant influence peu les pratiques thérapeutiques. En l'absence d'associations statistiquement significatives, on observe une tendance des filles à recevoir légèrement plus de soins à domicile et des garçons à réaliser un peu plus de recours externes (tableau annexe 4.45).

En outre, en première intention, le recours externe des garçons est légèrement plus fréquemment orienté vers les structures sanitaires (tableau annexe 4.50) et les filles retournent plus fréquemment en consultation, à 51 % (n=107), que les garçons, à 38 % (n=89) ($p < 0,1$). Le sexe de l'enfant ne détermine cependant ni la propension à recevoir de la chloroquine en soin à domicile ni celle de consulter en structure sanitaire (tableaux annexe 4.48 et annexe 4.49).

A Niakhar, les rapports de genre n'exercent donc pas une influence directe sur les pratiques thérapeutiques ; ils déterminent en revanche directement les normes de prise en charge de l'enfant malade. L'influence du sexe de l'enfant transparaît au niveau des conditions de prise en charge, à toutes les étapes du processus thérapeutique : il influence à la fois l'implication des membres de l'entourage de l'enfant et les modalités de prise de décision. La distribution sociale des rôles pour la prise en charge de l'enfant malade varie en fonction du sexe de l'enfant, avec une implication toujours plus forte du père pour les garçons et de la mère pour les filles. Le père de l'enfant est ainsi systématiquement plus impliqué dans la décision et le financement des soins à domicile et des recours externes pour les garçons ; il met lui-même en œuvre 1,9 fois plus souvent les recours externes pour les garçons (tableaux annexe 4.51 et annexe 4.52).

4.3.1.2 L'âge de l'enfant

La littérature identifie l'âge de l'enfant comme un déterminant majeur des pratiques thérapeutiques et des modalités de prise en charge du malade, mais son influence n'est pas uniforme et varie fortement selon les contextes culturels et sociaux. Nous formulons l'hypothèse que dans le contexte d'étude de Niakhar l'âge constitue l'un des principaux déterminants des comportements de recours aux soins. Nous supposons ainsi que, dans la mesure où une fièvre est différemment perçue chez un nourrisson de quelques mois et chez un enfant de 8 ans, le choix des moyens médicaux varie en fonction de l'âge de l'enfant, les plus jeunes bénéficiant d'un accès plus rapide et plus fréquent aux soins les plus difficiles d'accès, notamment les structures sanitaires. Nous supposons également que, dans la mesure où l'âge biologique de l'enfant renvoie à son âge social, l'âge de l'enfant détermine les conditions de prise en charge de la maladie, l'implication de la mère de l'enfant diminue avec l'âge de l'enfant et suit une logique inverse pour le père.

Les enfants enquêtés sont tous âgés de moins de 11 ans, avec un âge médian et un âge moyen proche de 4 ans.

Les sereers distinguent traditionnellement plusieurs classes d'âges dans l'enfance : de la naissance jusqu'à l'âge de un à deux ans, l'enfant, qui est le plus souvent porté sur le dos et en constante interaction avec sa mère, est appelé *Ngeek*. Il change de statut lors du sevrage et devient alors *Robatin*. Quelques mois plus tard, l'enfant est appelé *O Njaa* et quelques années plus tard *O Nbedadoong*.

Au regard des caractéristiques médicales du paludisme, il est possible de regrouper les enfants en trois grandes classes d'âges : les enfants de moins de deux ans, représentant près de 20 % des enfants enquêtés, les enfants âgés de deux à quatre ans, représentant le tiers des enfants et les enfants âgés de cinq à dix ans, représentant plus de 40 % des enfants enquêtés¹⁰³ (tableau annexe 4.53).

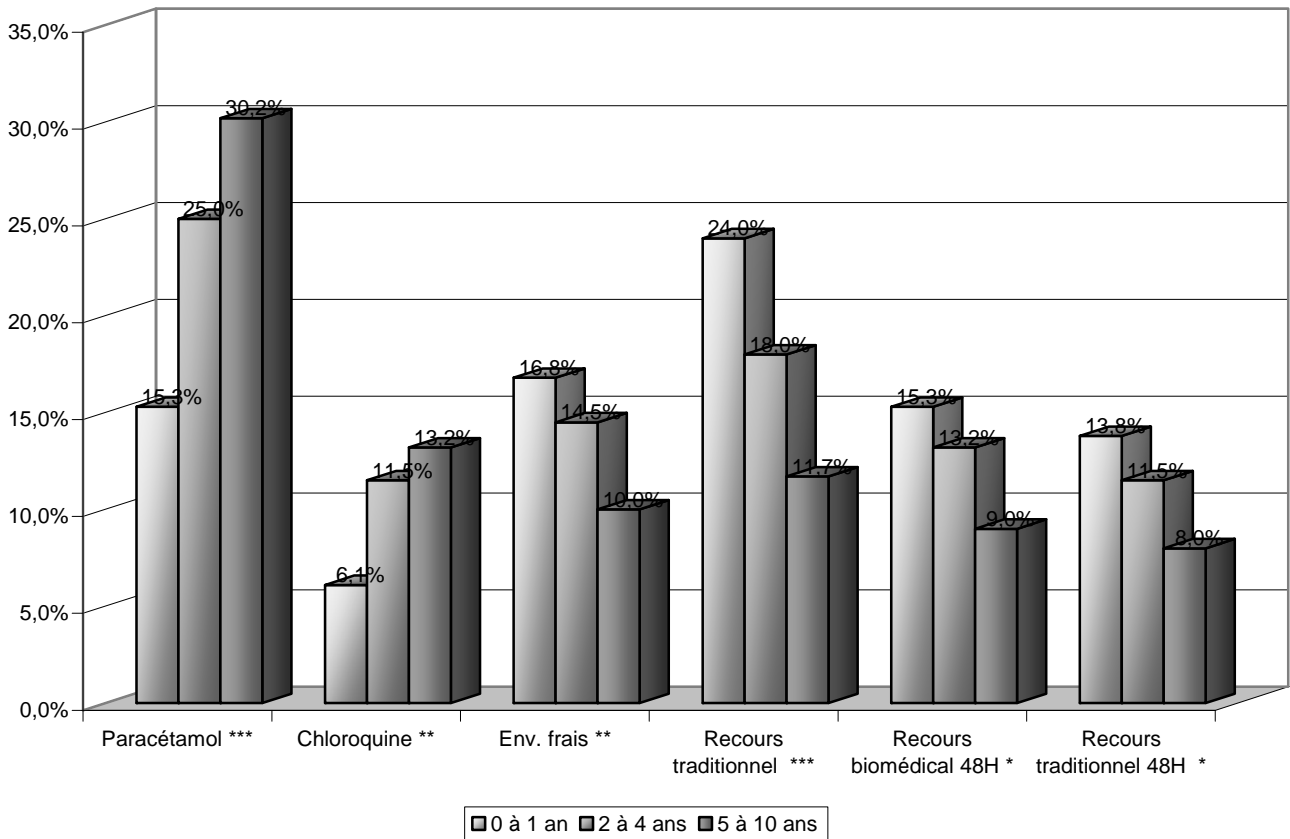
En comparant la structure par âge de la population intégrée à l'échantillon d'enquête à celle de l'ensemble des enfants résidant dans la zone d'étude, il apparaît une légère sous représentation de enfants âgés de moins d'un an, principalement compensée par une sur représentation des enfants âgés de 1 à 4 ans et, dans une moindre mesure, des 4-10 ans¹⁰⁴ : ces variations sont conformes à la distribution de la morbidité dans l'enfance dans la région étudiée (Delaunay, 1998).

Conformément à nos hypothèses, les résultats montrent que l'âge de l'enfant est fortement corrélé aux pratiques thérapeutiques (figure 4-23).

¹⁰³ Au cours des deux premiers mois de vie, l'enfant bénéficie d'anticorps maternels ; entre deux et six mois, l'enfant est protégé par l'hémoglobine foetal et commence son apprentissage du portage asymptomatique ; entre 6 et 23 mois, l'enfant a perdu ses anticorps maternels et n'a pas encore développé de prémunition : le risque est maximum ; entre 2 et 5 ans, puis entre 5 et 9 ans, le risque propre lié au paludisme est relativement proche, mais dépend de l'état nutritionnel et du niveau de transmission, puisque l'acquisition de la prémunition est dépend de l'exposition aux piqûres infectantes.

¹⁰⁴ Au 1^{er} Janvier 2001, la zone d'étude comptait 1220 enfants âgés de moins d'un an, 3983 enfants soit 40,8 %, âgés de 1 à 4 ans et 4554 enfants âgés de 5 à 10 ans, soit 46,7 %.

Figure 4- 23 : Propension à pratiquer différents soins selon l'âge de l'enfant : moins de 1 an (N=196), 1 à 4 ans (N=296) ou 5 à 10 ans (N=410)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

On observe une hausse des soins à domicile avec l'âge de l'enfant : la proportion d'enfants ne recevant pas de soins à domicile est de 18 % (n=57) pour les enfants de moins d'un an, de 12 % (n=139) pour ceux âgés d'un an révolu et approche les 7 % (n=706) pour ceux ayant plus de deux ans ($p < 0,05$). La nature des soins pratiqués varie également en fonction de l'âge de l'enfant : l'enveloppement frais et les aliments spéciaux sont privilégiés pour les tous jeunes et leur pratique diminue significativement avec l'âge de l'enfant (figure 4-23 et tableau annexe 4.48).

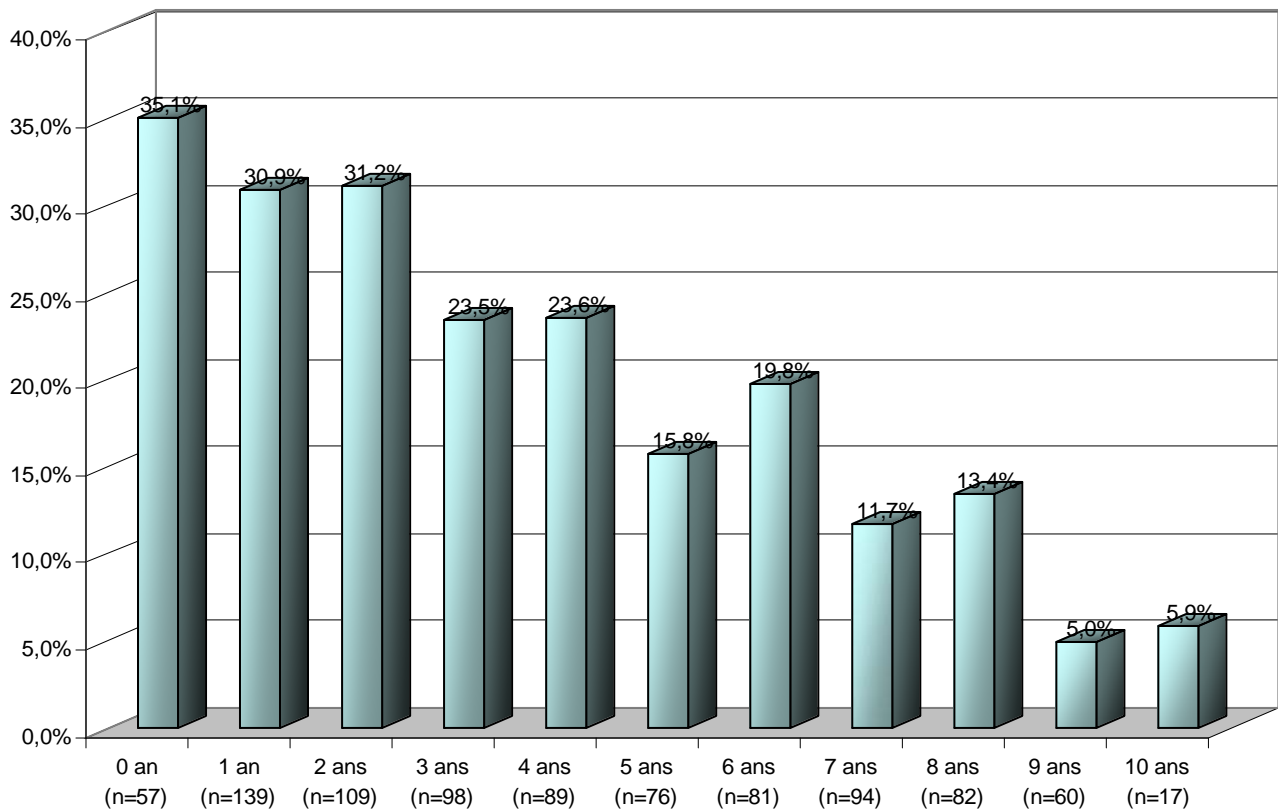
A l'inverse, conformément à la littérature (Rosalinf et al., 1997 ; Nwanyanwu et al., 1996), la consommation de médicaments augmente régulièrement avec l'âge de l'enfant. Ainsi, les enfants âgés d'au moins 5 ans ingèrent deux fois plus souvent du paracétamol et de la chloroquine que les enfants âgés de moins d'un an ; l'âge moyen des enfants ingérant de la chloroquine est significativement plus élevé, 4,9 ans en moyenne, que l'âge moyen ceux n'en consommant pas, 4,2 ans ($t < 0,05$).

La faible consommation de médicaments aux jeunes âges peut en partie être expliquée par les caractéristiques du conditionnement des médicaments. En effet, pour les tous petits, les médicaments doivent être administrés sous forme de sirops, exclusivement distribués dans les structures sanitaires, pour un coût d'achat supérieur à celui des comprimés et avec de fréquentes ruptures d'approvisionnement. Dans le cadre de nos observations de terrain, il est apparu que les difficultés d'accès aux sirops entraînent souvent la recherche d'une solution alternative : la mère de l'enfant pile le comprimé afin de le mélanger à une bouillie, bien que le goût amer de la chloroquine entraîne le plus souvent un rejet par l'enfant.

La propension à réaliser un recours externe diminue fortement avec l'âge de l'enfant : les enfants de moins d'un an font 1,9 fois plus souvent un recours externe que ceux âgés de 5 ans et plus ; ils réalisent également 4,8 fois plus souvent plusieurs recours consécutifs (tableaux annexe 4.45 et annexe 4.49). Cette association est indépendante de la filière thérapeutique : l'âge de l'enfant est à la fois associé à la propension à consulter en structure sanitaire et auprès de thérapeutes traditionnels. Ainsi, d'une part, le recours traditionnel est 2,0 fois plus fréquent pour les enfants de moins d'un an que pour ceux âgés de 5 ans et plus, avec un niveau intermédiaire pour les 1-4 ans (figure 4-23). D'autre part, la propension à consulter en structure sanitaire diminue linéairement avec l'âge de l'enfant (figure 4-24) : l'âge moyen des enfants consultant, 3,2 ans (n=195), est significativement inférieur à l'âge des enfants qui ne consultent pas, 4,6 ans (n=707) ($t < 0,01$).

Les jeunes enfants consultent également plus rapidement que les autres, aussi bien en structure sanitaire qu'auprès des guérisseurs traditionnels (figure 4-23). Enfin, l'âge de l'enfant influence également la mise en œuvre des traitements prescrits : le respect des règles d'observance du traitement de chloroquine prescrit par l'infirmier augmente avec l'âge de l'enfant, passant de 49 % (n=39) chez les moins de 5 ans à 68 % (n=22) pour les plus de 5 ans.

Figure 4- 24 : Propension à recourir en structure sanitaire selon l'âge de l'enfant



Les conditions d'administration des soins varient en fonction de l'âge de l'enfant : après consultation en structure sanitaire, le respect des prescriptions pour le traitement par chloroquine augmente avec l'âge (tableau annexe 4.87) ; l'âge moyen des enfants respectant le protocole de prescription, 4,6 ans (N=34), est significativement plus élevé que celui des enfants ne respectant pas les règles d'observance, 3,2 ans (N=27) ($t < 0,05$).

L'influence de l'âge de l'enfant semble en grande partie liée à la perception de son exposition au risque morbide : les plus jeunes sont perçus comme plus fragiles et nécessitent plus fréquemment une intervention externe à la concession. Les associations observées peuvent également être expliquées par l'existence de variations de la répartition des rôles pour la prise en charge thérapeutique de la maladie en fonction de l'âge de l'enfant (tableau 4-7).

Tableau 4- 7 : Caractéristiques de la prise en charge des recours externes de l'enfant malade selon son âge

	Mère accompagnée RE1		Mère accompagnée RE2		Père administre le traitement RE1		Somme moyenne mobilisée RE1	
	%	N	%	N	%	N	Francs	N
Age de l'enfant	***	292	***	66	**	212	*	161
0-1 an	85,1	87	85,2	27	2,9	68	1239	52
2 à 4 ans	67,6	111	59,3	27	8,5	82	1641	67
5 à 10 ans	57,5	94	25,0	12	17,7	62	1701	42

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

La mère est d'autant plus impliquée dans l'itinéraire thérapeutique que l'enfant est jeune. Ainsi, l'âge moyen des enfants emmenés en consultation par la mère, 3,0 ans (n=203), est significativement inférieur à l'âge des enfants accompagnés par le père ou d'autres personnes, 4,4 ans (n=89) ($t < 0,01$). A l'inverse, le père administre 6,1 fois plus souvent le traitement prescrit après consultation des enfants âgés d'au moins cinq ans. Il apparaît par ailleurs que les décisions thérapeutiques sont plus fréquemment prises en concertation pour les enfants de moins de deux ans et que la somme moyenne mobilisée pour le premier recours biomédical est significativement plus importante que pour les autres enfants, 1700 Francs CFA contre 1240 Francs CFA ($t < 0,1$) (tableau 4-7). Nos résultats sur l'évolution des sphères de responsabilité et d'action au sein de la cellule parentale en fonction de l'âge de l'enfant, dans le sens d'une plus forte implication de la mère auprès des plus jeunes, recourent directement les observations de la littérature sur l'intensité de la relation mère / enfant durant les premières années de vie en Afrique de l'Ouest (Bop, 1999 ; Desai, 1998 ; Castle, 1993 ; Ouédraogo, 1994).

4.3.1.3 L'allaitement de l'enfant

Par définition même, la variable de l'allaitement est fortement corrélée à l'âge de l'enfant (tableau annexe 4.54). Il nous a néanmoins semblé intéressant de chercher à déterminer si le statut d'allaitement est lié à des pratiques thérapeutiques spécifiques. La population étudiée pratique un allaitement quasi-systématique des nourrissons, avec un sevrage tardif : plus de 90 % des enfants de moins de deux ans sont allaités.

De manière attendue, l'influence du statut d'allaitement sur les pratiques thérapeutiques est très proche de celle de l'âge de l'enfant. Les enfants sevrés ingèrent ainsi significativement plus de médicaments, notamment 2,2 fois plus souvent de la chloroquine dans le cadre des soins à domicile. A l'inverse, l'enveloppement frais et les aliments spéciaux sont plus fréquemment destinés aux enfants allaités (tableau annexe 4.48), qui effectuent également plus souvent des recours externes, avec notamment une propension 3,3 fois plus importante à faire plusieurs recours externes consécutifs (tableau annexe 4.45). Les enfants allaités consultent 1,8 fois plus en structure sanitaire et auprès de thérapeutes traditionnels (tableau annexe 4.49). L'influence du statut d'allaitement apparaît très proche de celle, plus générale de l'âge de l'enfant, mais se singularise par plus de consultation des thérapeutes traditionnels dans les premières 48 heures de maladie. Cette tendance peut être expliquée par l'existence de conceptions nosologiques spécifiques, présentant le nouveau né allaité comme exposé à des maladies d'origine surnaturelle appelées « chien », « chat », « pilon », pour lesquelles seule une classe spécifique de thérapeute est reconnue comme efficace (Kalis, 1997).

Le statut d'allaitement influence également les modalités de prise en charge de la maladie. Les décisions thérapeutiques concernant des enfants allaités sont le plus souvent prises de manière collégiale (tableau annexe 4.55). Par ailleurs, conformément à nos attentes, dans la mesure où l'allaitement implique une proximité physique quasi-permanente avec l'enfant, la mère participe plus au suivi thérapeutique des enfants allaités. A l'inverse, le père est plus actif auprès des enfants sevrés, notamment pour l'administration des traitements prescrits.

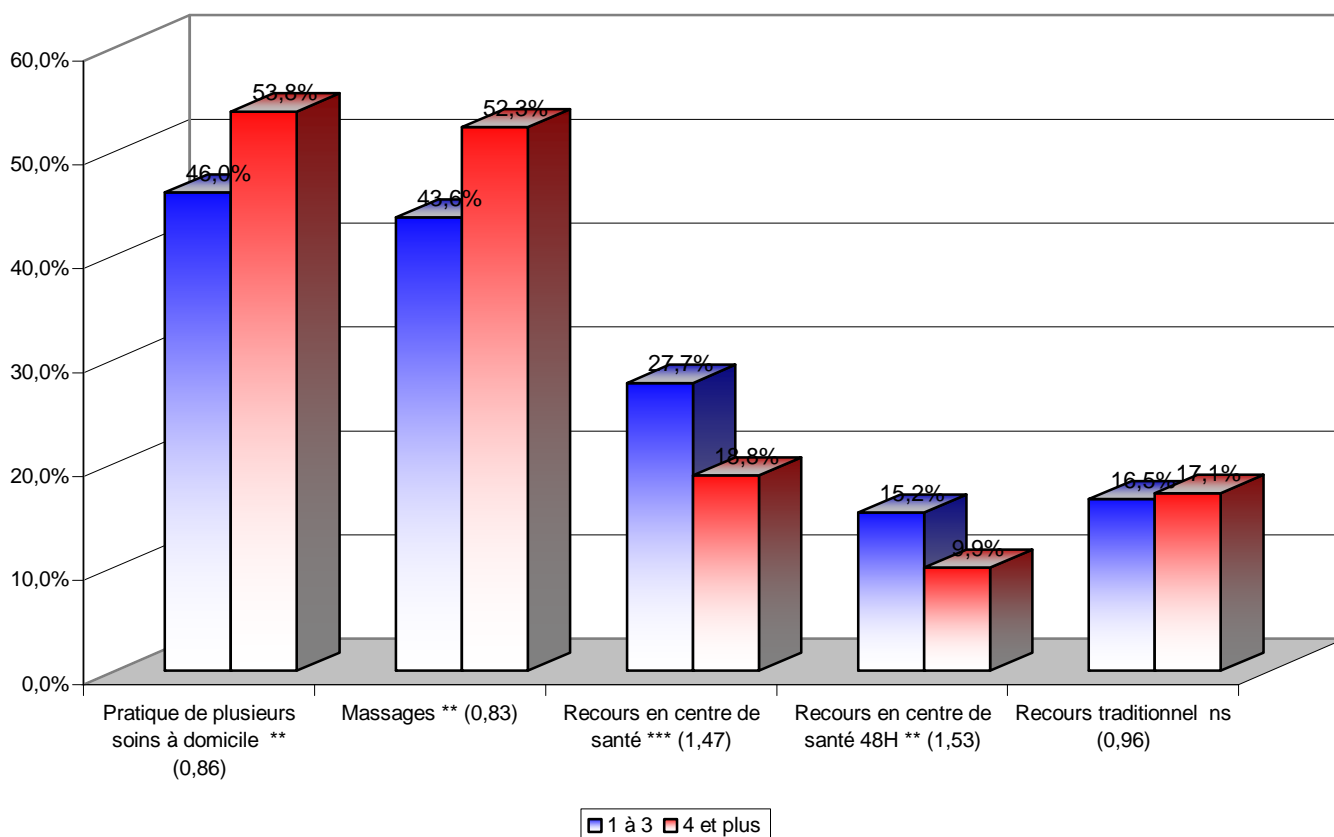
4.3.1.4 Le rang de naissance de l'enfant

Le rang de naissance de l'enfant est un autre paramètre classique de l'analyse démographique. Dans le prolongement des études sur les facteurs de mortalité, nous postulons, conformément aux hypothèses dominantes, que le rang de naissance de l'enfant est significativement associé aux comportements thérapeutiques : nous supposons que les enfants ayant un rang de naissance élevé sont plus souvent pris en charge à domicile et bénéficient moins des soins les plus coûteux en temps ou en argent, c'est-à-dire les recours en structures sanitaire.

Dans le cadre de notre enquête, le rang de naissance est renseigné pour 96 % des enfants. Le rang de naissance moyen et médian, proche de 5, est élevé, avec un maximum de 17, ce qui correspond aux normes de fécondité de la région étudiée (tableau annexe 4.56). Nous avons regroupé les enfants enquêtés en deux classes : celle des enfants ayant un rang de naissance allant de 1 à 3, représentant près de 40 % des enquêtés, et celle des enfants ayant un rang de naissance élevé, supérieur à 3, composant 60 % de l'échantillon.

Bien que les enfants ayant un rang de naissance élevé reçoivent plus de soins à domicile, avec notamment plus de massages (figure 4-25), la parité influence relativement peu la pratique des soins à domicile (tableau annexe 4.48). En revanche, le faible rang de naissance est associé à plus de recours en structure sanitaire : les enfants ayant un rang de naissance inférieur à 4 consultent 1,5 fois plus souvent en structure sanitaire que les autres, y compris dans les premières 48 heures de maladie (figure 4-25).

Figure 4- 25 : Propension à pratiquer différents soins selon le rang de naissance de l'enfant : rang 1 à 3 (N=328) ou rang 4 et plus (N=537)



Ces résultats rejoignent les conclusions d'une autre étude : « les enfants avec une faible parité sont plus susceptibles de consulter une structure sanitaire que les autres »¹⁰⁵(Goldman, 2000). Nos observations peuvent être interprétées comme l'expression de plusieurs mécanismes distincts. D'une part, les premiers nés étant les seuls enfants à la charge du ménage, ils peuvent bénéficier d'une attention accrue et d'une plus grande capacité à mobiliser des fonds. D'autre part, la parité est un indicateur directement lié à l'âge des parents : les relations observées peuvent donc exprimer une tendance du père à accéder plus facilement aux demandes de sa jeune épouse ou refléter une expérience du traitement des épisodes fébriles induisant des choix thérapeutiques différents.

Les conditions de prise en charge de la maladie de l'enfant varient significativement selon le rang de naissance de l'enfant. Ainsi, pour les enfants ayant un petit rang de naissance, les décisions thérapeutiques sont plus souvent prises en concertation et l'implication des personnes extérieures au couple parental est plus forte : lorsque l'enfant a un rang de naissance inférieur à 4, les personnes *autres* proposent 2,7 fois plus souvent les recours externes, accompagnent 2,8 fois plus souvent l'enfant en consultation et administrent 2,0 fois plus les traitements prescrits (tableau annexe 4.57).

L'interprétation de ces résultats semble directement liée à l'influence de l'âge des parents sur les conditions de prise en charge de la maladie : les mères ayant un faible statut socio-économique, en particulier parce qu'elles sont jeunes ou ont peu d'enfants, ont une faible autonomie d'action.

4.3.2 Les caractéristiques socio-démographiques des parents

Nous avons retenu comme facteurs caractérisant les parents de l'enfant le niveau d'instruction, leur âge, leur passé migratoire, leur statut matrimonial et leur modes de sociabilité.

¹⁰⁵ Traduction de l'auteur : "low parity children are more likely to be seen by health care providers than other children"

4.3.2.1 L'âge des parents

De manière classique, l'âge des parents est un indicateur multidimensionnel, exprimant fondamentalement une information biologique, mais constituant également un puissant indicateur du statut social, du pouvoir économique et du rapport à la tradition. Nous supposons, pour notre part, que l'ouverture aux innovations extérieures et, plus généralement le rapport aux différentes alternatives thérapeutiques varient selon l'âge des personnes en charge de l'enfant. Notre hypothèse pose que les parents les plus jeunes ont tendance à plus facilement adopter des pratiques thérapeutiques suivant les recommandations des autorités sanitaires, alors que les plus âgés, gardiens de la tradition et bénéficiant d'une plus grande expérience de gestion et de traitement de la maladie, privilégient plutôt les soins à domicile et le recours aux thérapeutes traditionnels. Enfin, nous pensons que l'âge de la mère, par ailleurs étroitement corrélé à son niveau de parité, est directement associé à sa capacité à décider et à mettre en œuvre les soins.

Les personnes interrogées avaient en moyenne 41 ans au moment de l'enquête (tableau annexe 4.58). Les mères biologiques, âgées en moyenne de 34 ans, sont significativement plus jeunes que les tuteurs¹⁰⁶, âgées en moyenne de près de 50 ans. Agés de 45 ans en moyenne, les répondants au questionnaire père sont de près de 10 ans les aînés des mères. Dans plus de 70 % des couples, le père a au moins 5 ans de plus que la mère, ce qui est conforme à nos connaissances de la population d'étude (Delaunay, 1998). Avec une moyenne d'âge de 53 ans, les personnes *autres* ont un âge significativement supérieur à celui des parents de l'enfant et sont le plus souvent leurs aînées¹⁰⁷.

Bien qu'il existe une relation évidente entre l'âge de la mère et celui du père¹⁰⁸, nous avons choisi, conformément à notre stratégie d'analyse, d'étudier de manière séparée l'influence de l'âge de la mère et de l'âge du père sur les pratiques thérapeutiques : ici, l'âge du père est légèrement plus associé aux pratiques de soins à domicile (tableau annexe 4.48) et celui de la mère plutôt aux recours externes (tableaux annexe 4.49). Les indicateurs distinguent, pour la mère comme pour le père de l'enfant, deux classes d'âges articulées autour de l'âge médian.

¹⁰⁶ Les tuteurs ont la charge d'enfants confiés, dont elles ne sont pas les mères biologiques

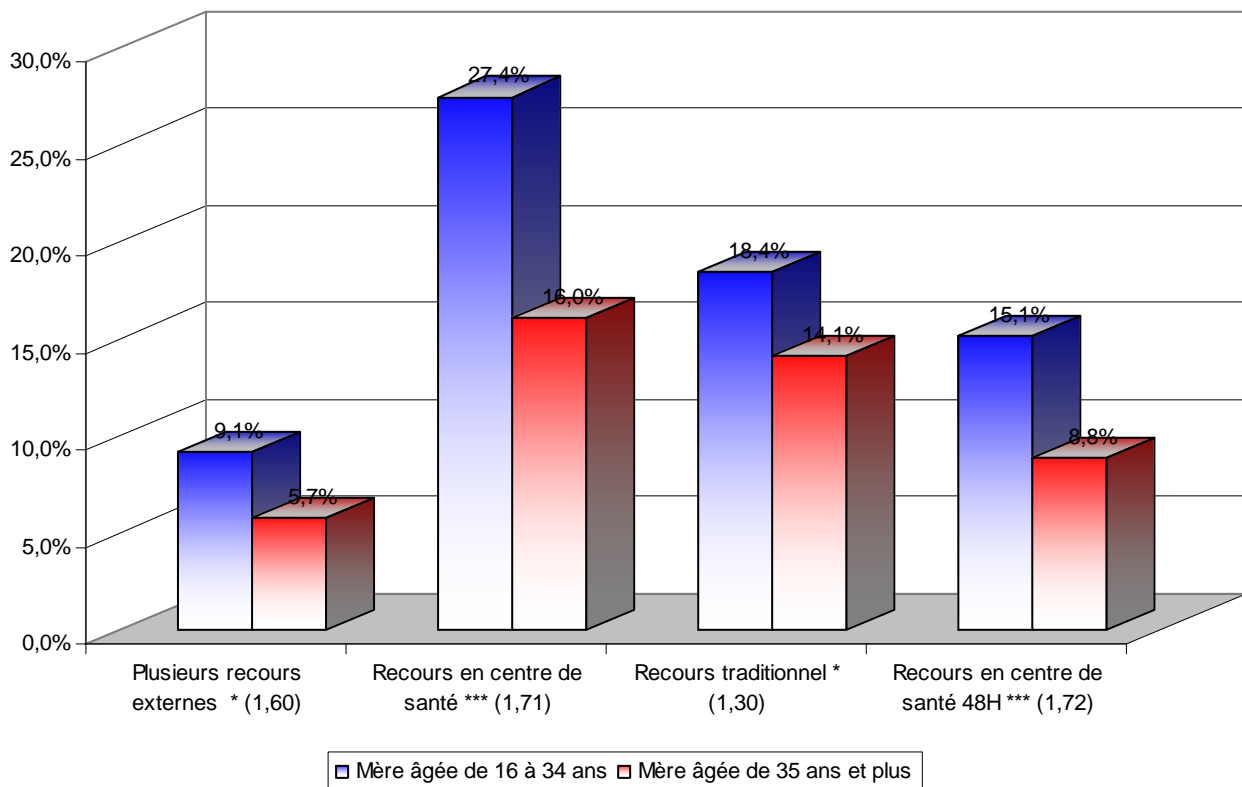
¹⁰⁷ Se reporter au chapitre 2.3.5 présentant l'échantillon d'enquête pour les détails sur la nature des liens des personnes autres

¹⁰⁸ Les deux variables sont corrélées à 0,5.

Bien que limitée, l'influence de l'âge des parents sur les soins à domicile est tout à fait conforme aux relations attendues : les pères âgés de moins de 45 ans ont une légère tendance à privilégier la consommation de médicaments et l'utilisation d'enveloppement frais ; à l'inverse, lorsque le père de l'enfant est âgé de plus de 45 ans, l'ingestion d'aliments spéciaux, la pratique de massages et d'incantations augmentent (tableaux annexes 4.48 et 4.59).

L'âge des parents détermine significativement la réalisation de recours externes, avec, là encore, des relations allant dans le sens des principaux résultats de la littérature : les parents jeunes font preuve d'une capacité supérieure à adopter des schémas thérapeutiques conformes aux recommandations sanitaires. Les enfants de mère âgée de moins de 35 ans consultent 1,7 fois plus souvent en structure sanitaire, y compris dès le début de maladie et fréquentent 1,3 fois plus souvent un thérapeute traditionnel ; ils effectuent plus généralement 1,6 fois plus souvent plusieurs recours externes consécutifs (figure 4-26). En revanche, de manière surprenante le respect des règles de posologie pour le traitement par chloroquine est meilleur pour les enfants dont le père est âgé d'au moins 45 ans (tableau annexe 4.87)

Figure 4- 26 : Propension à pratiquer différents soins selon l'âge de la mère de l'enfant : moins de 35 ans (N=430) ou 35 ans et plus (N=455)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

L'âge des parents, et en particulier celui de la mère, influence les conditions de prise en charge des enfants malades au sein de la cellule familiale (tableau 4-8). Conformément aux observations de la littérature sur l'évolution du statut de la femme en milieu rural africain, en prenant de l'âge, les femmes gagnent en pouvoir de décision et en autonomie : les femmes de plus de 35 ans prennent plus fréquemment l'initiative des recours externes, décident plus souvent seules des actes thérapeutiques et participent également plus à la prise en charge du coût des soins (tableau 4-8). Le corollaire de ces résultats est que le champ d'action des jeunes mères est orienté sur la mise en œuvre des soins : les mères âgées de moins de 35 ans emmènent plus fréquemment les enfants malades en consultation que les autres. Par ailleurs, l'âge moyen élevé des personnes *autres*, intervenues au cours de l'épisode morbide, souligne que la capacité à participer au processus thérapeutique dépend d'un statut en partie défini par des critères d'âge.

Tableau 4- 8 : Conditions de prise en charge des recours externes selon l'âge de la mère¹⁰⁹

	Mère propose RE1	Décision seule RE1	Mère finance RE1	Mère accompagne RE1	N
Age de la mère	***	Ns	***	*	284
16-34 ans	40,4	27,7	27,1	34,9	166
35 ans et plus	66,1	32,2	42,4	25,4	118

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Bien qu'il ne soit pas possible de dissocier les effets d'âge des effets de génération, les comportements thérapeutiques et les modalités de prise en charge de la maladie semblent évoluer au cours du temps, conformément aux fondements de l'hypothèse classique selon laquelle l'innovation passe par les jeunes classes d'âge. Par ailleurs, à Niakhar, si en prenant de l'âge, les mères gagnent en autonomie et en pouvoir de décision, elles sont toujours confrontées à un problème d'accès aux ressources financières limitant leur capacité à prendre en charge les soins les plus coûteux. En effet, les femmes âgées de plus de 35 ans jouissent d'une plus grande liberté d'action par rapport aux autres membres du ménage, ce qui modifie leur implication dans le schéma décisionnel ; cependant, leur manque de moyens financiers restreint la gamme de choix thérapeutiques accessibles et inhibe fortement la propension à consulter en structure sanitaire.

¹⁰⁹ Nous entendons ici par mère à la fois les mères biologiques et les tutrices

4.3.2.2 Le statut matrimonial des parents de l'enfant

Le statut matrimonial est un indicateur fréquemment utilisé pour décrire différents profils socio-démographiques. En milieu rural africain, une tendance dominante de la littérature oppose les couples monogames aux ménages polygames. En effet, la structure familiale polygamique, en particulier lorsque les co-épouses cohabitent, est génératrice de rivalités : « plus qu'une réalité psychologique par quoi s'expliquerait l'inimitié entre co-épouses, la rivalité est donc une donnée structurelle de l'institution polygamique et sans craindre de sacrifier à l'hyper fonctionnalisme, on pourrait dire qu'elle est nécessaire à son fonctionnement » (Fainzang, 1986, p.124). Nous formulons l'hypothèse que la polygamie favorise l'interprétation de la maladie comme l'expression de conflits de jalousie inscrits dans un univers de sorcellerie magico-religieuse, avec pour conséquence une pratique thérapeutique principalement axée sur des soins traditionnels. Par ailleurs, nous supposons qu'elle est associée à un partage spécifique des responsabilités pour la prise en charge de la maladie de l'enfant, dans le sens d'une autonomie renforcée de la mère.

Conformément aux connaissances disponibles sur les pratiques matrimoniales dans la région d'étude, l'immense majorité des parents intégrés à l'échantillon d'enquête sont mariés, avec une proportion marginale de célibataires, de divorcés et de veufs. La polygamie est fréquente : plus du tiers des pères interrogés vit en union polygame et près de 20 % des mères ont un rang de mariage compris entre 2 et 6 (tableau annexe 4.60). Dans la mesure où, dans notre échantillon, les personnes non mariées forment une classe trop petite pour être étudiée de manière indépendante, notre analyse de l'influence du statut matrimonial oppose les unions polygames à l'ensemble des autres formes de ménages.

En tant que telle, la situation matrimoniale des parents influence peu les comportements thérapeutiques et les conditions de prise en charge des enfants malades. Le nombre et la nature des soins à domicile pratiqués ne varient pas en fonction de la situation matrimoniale des parents (tableau annexe 4.48). Le type d'union modifie la propension à consulter hors de la concession mais n'influence pas nettement la nature des recours externes réalisés : les ménages polygames ont une moindre tendance à réaliser un recours externe, à la fois en structure sanitaire et auprès de thérapeutes traditionnels (tableau annexe 4.49). En outre, le respect des règles de posologie pour le traitement de la chloroquine apparaît légèrement meilleur dans les ménages polygames (tableau annexe 4.87)

Les résultats indiquent par ailleurs que la définition sociale des rôles pour la prise en charge de l'enfant malade et les modalités de conception ou de mise en œuvre des soins ne varient pas en fonction du type d'union des parents. Contrairement à nos attentes, dans le contexte d'étude, la polygamie apparaît comme un facteur discriminant peu les comportements de recours aux soins : le statut de ménage polygamique ne semble pas constituer un signe d'attachement à la mentalité traditionnelle, associé à une préférence pour les thérapies de la médecine sereer ou islamique.

4.3.2.3 Le niveau d'instruction des parents

Le niveau d'instruction des parents de l'enfant, notamment celui de la mère, a été présenté comme l'un des tout principaux déterminants des comportements de recours aux soins (Caldwell, 1990 ; Caldwell, 1993 ; Desai, 1998 ; Hobcraft, 1993). Classiquement, la littérature considère que l'instruction est un facteur associé à la fréquentation des structures sanitaires et à la bonne observance des prescriptions thérapeutiques. Nous chercherons à vérifier cette relation, bien que dans le contexte de faible instruction formelle de Niakhar, nous supposons que cette influence reste limitée.

Le niveau d'instruction des parents enquêtés est très faible : plus de 80 % des personnes interrogées n'ont jamais été scolarisées et moins de 5 % ont un niveau supérieur ou égal à un enseignement primaire complet, avec une assez forte différence entre les hommes et les femmes (tableau 4-9). Dès lors, pour l'analyse de l'influence de l'instruction de la mère et du père de l'enfant, nous avons regroupé les personnes interrogées en deux classes : d'une part, celles sans instruction ou n'ayant pas achevé le primaire et d'autre part, celles ayant un niveau au moins équivalent au primaire complet.

Tableau 4-9 : Niveau d'instruction de la mère et du père de l'enfant

	Mère		Père	
	%	N	%	N
Non scolarisé	87,0	767	79,5	613
Primaire incomplet	5,7	50	6,9	53
Primaire complet	3,2	28	4,7	36
Secondaire ou plus	0,8	7	1,8	14
Autres	3,4	30	7,1	55
Ensemble	100	882	100	771

La faiblesse structurelle de l'instruction formelle suggère la construction d'autres indicateurs permettant de rendre compte de l'influence de l'alphabétisation : conformément aux orientations du cadre théorique, privilégiant l'étude de déterminants directs, nous avons choisi de nous intéresser à la capacité déclarée des parents à écrire une lettre¹¹⁰. Moins de 10 % des mères et de 20 % des pères interrogés se déclarent capables de lire et d'écrire (tableau annexe 4.61).

Le niveau d'instruction formelle et la capacité à écrire une lettre, de la mère et du père de l'enfant, influencent peu les conditions de prise en charge de la maladie au sein de la cellule familiale : en particulier, de manière surprenante, le niveau d'instruction de la mère ne semble pas corrélé à son autonomie et son pouvoir de décision.

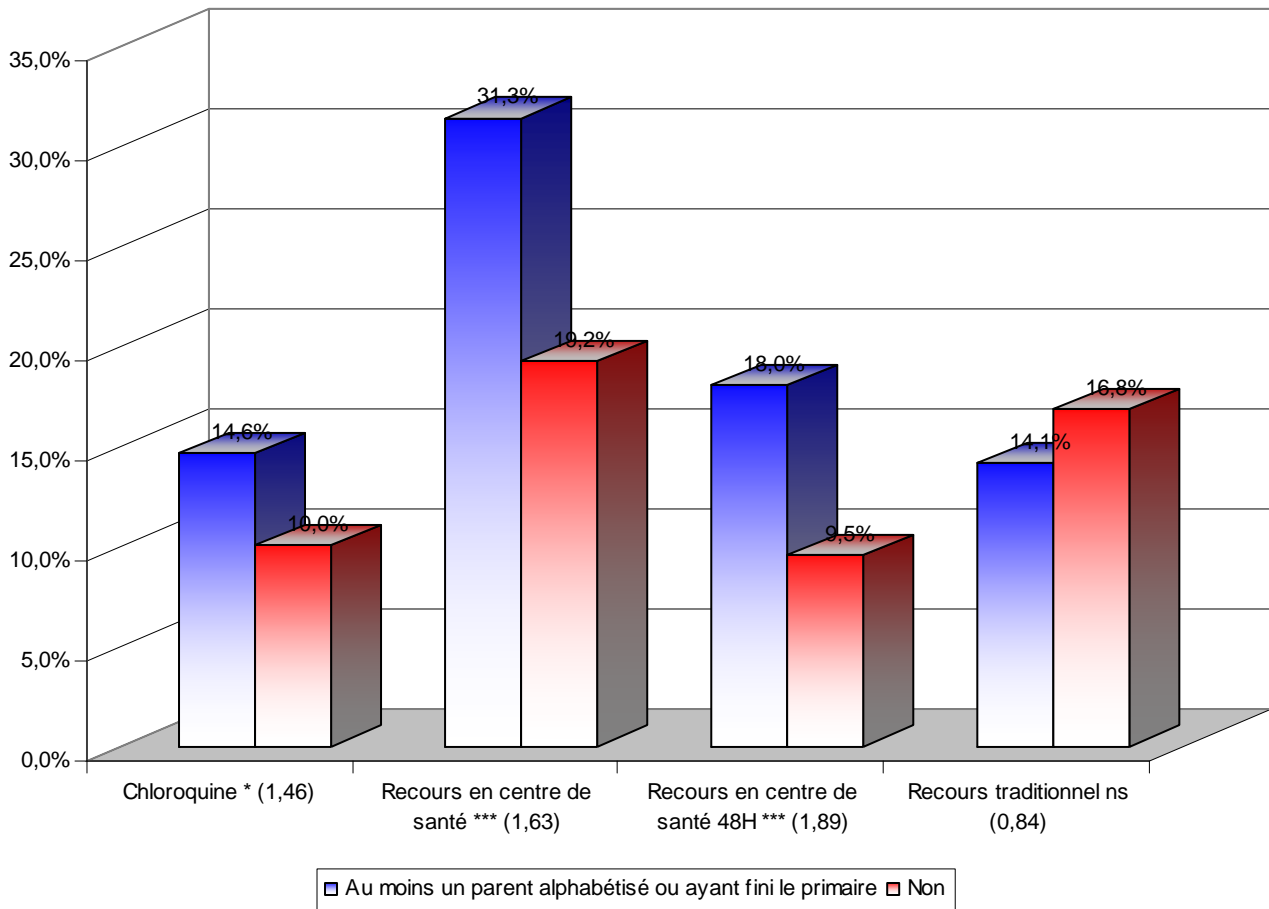
Le niveau de scolarisation formelle exerce également une influence limitée sur les pratiques thérapeutiques, qui s'exprime principalement par une consommation de chloroquine 2,0 fois plus importante dans les ménages où la mère ou le père de l'enfant a un niveau supérieur ou égal au primaire complet (tableau annexe 4.48).

L'alphabétisation des parents, mesurée par la capacité à écrire une lettre, semble plus directement associée à une préférence pour l'utilisation des soins biomédicaux : elle favorise 1,6 fois la consommation de chloroquine (tableau annexe 4.48) et la consultation en structure sanitaire, avec notamment 1,9 fois plus de recours dans les premières heures de maladie ; en revanche, en l'absence de relation statistiquement significative, il semble qu'elle réduise légèrement la propension à recourir à un thérapeute traditionnel (tableau annexe 4.49).

Pour pleinement rendre compte des effets de l'instruction et de l'alphabétisation, nous avons combiné ces deux indicateurs (figure 4-27).

¹¹⁰ Une lettre, soit une dizaine de lignes, rédigées en français, en wolof ou en sereer

Figure 4- 27 : Pratiques thérapeutiques selon l’alphabétisation des parents de l’enfant : l’un des parents est alphabétisé ou a suivi le primaire complet (N=219) ou non (N=683)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

Lorsque l’un des parents sait lire et écrire ou a suivi un parcours primaire complet, la consommation de chloroquine est 1,5 fois plus forte, le recours en structure sanitaire 1,6 fois plus fréquent et la consultation rapide en structure sanitaire 1,9 fois renforcée ; le recours auprès de thérapeutes traditionnels est lui moins fréquent (figure 4-27).

En outre, en l’absence d’associations statistiquement significatives, le fait que l’un des deux parents ait une instruction primaire complète ou soit capable d’écrire une lettre favorise l’observance du traitement par chloroquine après consultation en structure sanitaire : plus de 68 % (n=22) des traitements qui leur ont été prescrits ont été respectés, contre 49 % pour les autres enfants (n=39) (tableau annexe 4.87).

Nos observations sur l'influence de l'instruction apparaissent nettement en décalage avec la littérature. D'un point de vue méthodologique, les résultats mettent en évidence les limites d'approches exclusivement centrées sur la scolarisation formelle : indépendamment du niveau scolaire atteint, l'alphabétisation des parents influence l'ingestion de chloroquine dans le cadre des soins à domicile, la consultation en structure sanitaire dans des délais rapides et la bonne observance du traitement prescrit.

Par ailleurs, les relations observées apparaissent, dans l'ensemble, moins intenses que ne le donnent à penser d'autres études (Hobcraft, 1993 ; Caldwell, 1990 ; Caldwell, 1993 ; Desai, 1998) : à Niakhar, l'instruction, formelle ou non, ne semble pas constituer un déterminant majeur des pratiques thérapeutiques. Enfin, pour expliquer l'influence, même relative de l'instruction, nous avons été frappé par la faible association entre le niveau d'instruction des parents et les conditions de prise en charge de la maladie : dans un milieu où l'analphabétisme concerne l'immense majorité de la population, le niveau scolaire n'est pas un facteur direct de changement des rapports sociaux au sein de la cellule familiale. Dès lors, l'influence de l'instruction sur les pratiques thérapeutiques semble surtout pouvoir s'expliquer par l'acquisition de connaissances ou d'une capacité à comprendre les informations des messages sanitaires.

4.3.2.4 L'expérience migratoire des parents

L'expérience migratoire est une variable récurrente de l'analyse des déterminants des pratiques thérapeutiques. Agissant comme facteur d'acculturation et d'adhésion à de nouveaux modèles comportementaux, la migration permet des échanges de biens et d'idées, grâce à la circulation des individus entre les mondes urbains et ruraux (Petit, 2002 ; Guilmoto et al, 2003). En nous appuyant sur les résultats d'autres recherches montrant que l'influence de la migration dépend avant tout des caractéristiques de l'expérience migratoire (Waitzenegger-Lalou, 2001), nous chercherons à vérifier que, lorsqu'elle s'inscrit dans la durée ou constitue l'occasion de découvrir un mode de vie réellement différent, la migration circulaire saisonnière favorise l'adoption de pratiques thérapeutiques conformes aux attentes des autorités sanitaires.

Dans les villages proches de Niakhar, l'expérience migratoire, principalement tournée vers Dakar, touche à la fois les hommes et les femmes, le plus souvent avant l'entrée en vie conjugale (Delaunay, 1998). Au sein de notre échantillon d'enquête, il est possible de qualifier l'expérience migratoire de la mère et du père de l'enfant en fonction de la durée de la migration et du type d'expériences vécues. Considérant que plus de 80 % des mères interrogées ont déjà effectué un séjour d'au moins quatre mois en ville et qu'un tiers y a vécu plusieurs années consécutives sans revenir au village, notre premier indicateur de l'expérience migratoire combine le nombre de séjours effectués en ville et leur durée dans le temps. La longue migration, définie par le fait d'avoir effectué au moins trois séjours différents en ville et un séjour de plusieurs années consécutives, concerne 25 % des mères et 12 % des pères (tableau annexe 4.61). Pour qualifier le type d'expériences vécues au cours de la migration, nous nous sommes intéressés à la profession exercée. Cependant, dans la mesure où seulement 7 % des femmes (n=714) et 12 % des hommes (n=365) ont exercé une profession à fort capital culturel¹¹¹, nous avons également pris en compte, pour les femmes, l'utilisation des structures sanitaires à Dakar ; moins de 15 % des mères interrogées (n=902) ont déjà emmené l'un de leurs enfants en consultation à Dakar et 17 % y ont passé des consultations prénatales.

L'influence de la durée et de la nature de la migration sur les pratiques thérapeutiques sont sensiblement différentes. La durée de la migration exerce une influence ponctuelle et limitée sur les comportements de recours aux soins : la longue migration¹¹² est, chez la mère, associée à une consommation 1,4 fois plus fréquente de chloroquine mais une utilisation moindre de l'enveloppement frais (tableau annexe 4.62). Elle est associée chez le père à une consultation 1,8 fois moins fréquente des thérapeutes traditionnels (tableau annexe 4.63).

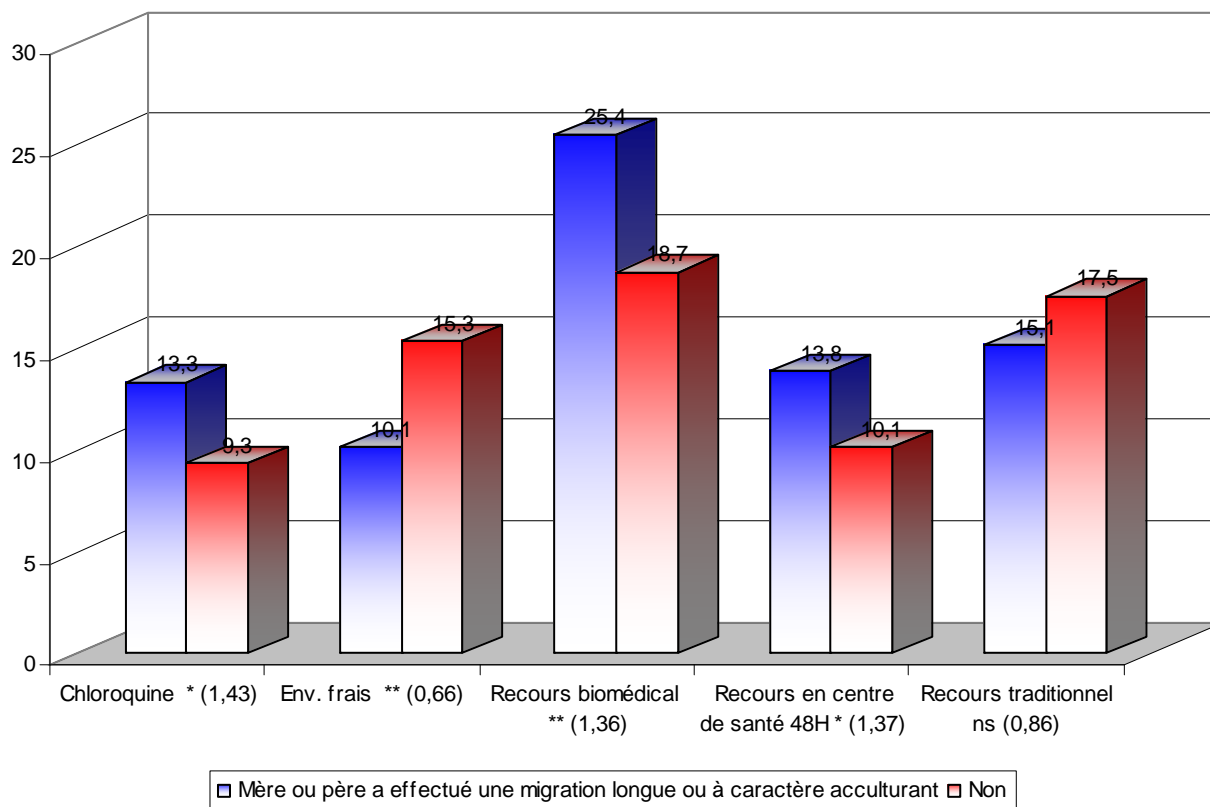
Le type d'expériences vécues au cours de la migration influence peu la pratique des soins à domicile mais favorise directement la consultation en structure sanitaire : les enfants dont la mère ou le père a exercé une profession à capital intellectuel ou fréquenté des structures sanitaires en ville effectuent au moins 1,3 fois plus de consultations en structures sanitaires (tableau annexe 4.63).

¹¹¹ Nous regroupons sous cette dénomination la poursuite d'études et l'exercice d'une profession à dimension intellectuelle (enseignement, agent de santé, secrétaire, etc)

¹¹² Définie comme le fait d'avoir vécu à Dakar plusieurs années et d'y avoir passé au moins trois séjours différents de 4 mois

Pour rendre compte de manière synthétique de l'influence de la migration, nous avons construit un indicateur combinant les effets des migrations longues et ceux des migrations associées à des activités acculturantes (figure 4-28).

Figure 4- 28 : Pratiques thérapeutiques selon l'expérience migratoire des parents de l'enfant : la mère ou le père a effectué une migration longue ou acculturante (N=398) ou non (N=504)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

Lorsque la mère ou/et le père de l'enfant a vécu une migration longue ou acculturante, l'enfant reçoit moins de soins par enveloppement frais (figure 4-28). Ce résultat donne à penser que l'enveloppement frais est une technique principalement diffusée à partir de relais endogènes au niveau local : c'est une pratique avant tout adaptée au contexte rural, où les distances entre les structures de santé sont importantes. La forte expérience migratoire de l'un des deux parents favorise 1,4 fois la consommation de chloroquine ; à Dakar, la chloroquine est bien plus facilement disponible et moins stigmatisée que dans les villages d'étude, ce qui amène les migrants à prendre l'habitude de consommer ce médicament. Pour les recours externes, la forte expérience migratoire de l'un des parents oriente nettement le choix des filières thérapeutiques : les enfants de migrants consultent 1,4 fois plus en structure sanitaire, y compris dans les premières heures de maladie, mais fréquentent moins les thérapeutes traditionnels (figure 4-28).

D'après nos résultats, la migration circulaire, qui est à Niakhar à la fois une stratégie individuelle d'émancipation et une stratégie collective visant à diversifier les sources de revenus et à maximiser le revenu familial, modifie la perception des moyens médicaux. Lorsqu'elle se prolonge longtemps ou provoque une immersion dans un environnement social sensiblement différent, la migration est associée à l'adoption d'attitudes et d'habitudes thérapeutiques tournées vers l'utilisation de la chloroquine en soins à domicile et la fréquentation des structures sanitaires.

Par ailleurs, lorsqu'elle dure dans le temps, la migration des deux parents modifie les modalités de prise en charge de l'enfant au sein de la cellule familiale : les parents tendent à déléguer tout ou partie de leurs responsabilités à d'autres membres de la parenté, qui, après leur retour, restent fortement impliqués dans le suivi thérapeutique des enfants malades. Ainsi, la forte expérience migratoire des parents est associée à l'intervention plus fréquente des personnes extérieures au couple parental au niveau de la décision des recours externes, de l'accompagnement de l'enfant en consultation et de l'administration des soins (tableau 4-10).

En revanche, conformément à d'autres observations, l'expérience migratoire des mères ne modifie pas les conditions de leur participation à la prise en charge de la maladie : « les femmes avec une longue expérience urbaine après le mariage n'ont pas davantage de pouvoir de décision que celles qui n'ont pas migré ou qui ont migré comme célibataire » (Waitznegger-Lalou, 2001, p.21)

Tableau 4- 10 : Participation des personnes extérieures au couple parental au premier recours externe selon l'expérience migratoire des parents

	Autres décident RE1		Autres accompagnent RE1		Autres administrent traitement RE1	
Mère ou père migration influente	Ns	292	*	292	**	212
Oui	21,7	138	18,8	138	16,4	104
Non	16,9	154	11,7	154	7,4	108

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

4.3.2.5 Les pratiques de sociabilité des parents

Dans la réflexion sur les facteurs de transition des comportements sanitaires, les pratiques de sociabilité peuvent être considérées comme des moteurs de diffusion de normes, d'idées et de pratiques susceptibles d'entraîner l'adoption de pratiques thérapeutiques conformes aux attentes des autorités sanitaires. Les pratiques sociales méritent, à ce titre, d'être prises en considération en tant qu'indicateurs de l'exposition et de l'ouverture des parents de l'enfant aux influences extérieures. Dans le cadre de notre enquête, il nous est apparu intéressant d'étudier les relations entre les pratiques thérapeutiques et l'activité associative, l'utilisation du téléphone et la fréquentation des marchés.

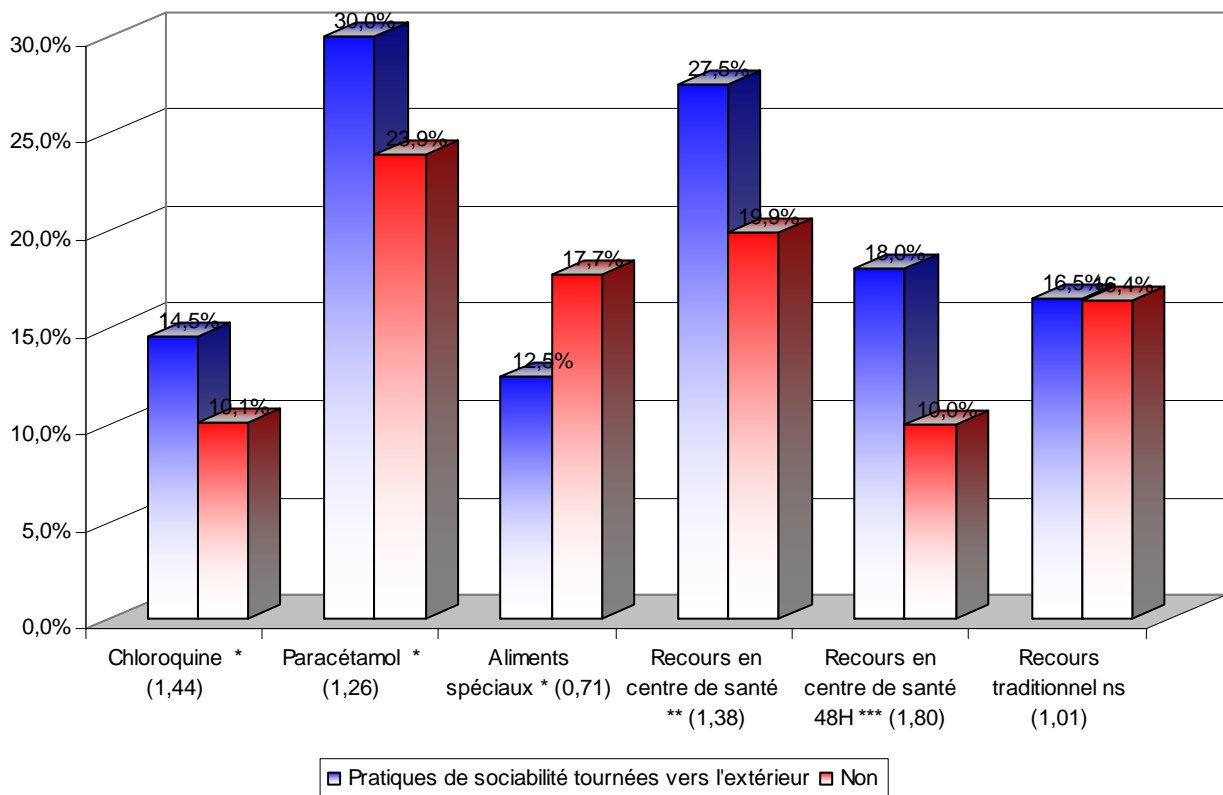
La population de la région étudiée se caractérise par une riche activité associative, avec un tissu dense de groupements : les GIE¹¹³, les groupes de classe d'âges, les comités villageois, les tontines et les associations de femmes couvrent un vaste champ d'activités. Près de 75 % des mères et de 65 % des pères enquêtés sont membres actifs d'une association et près de 20 % de plusieurs associations (tableau annexe 4.61). D'une manière générale, l'adhésion des parents de l'enfant à une association est un indicateur peu associé aux pratiques thérapeutiques. On observe cependant que les enfants dont les deux parents sont membres d'associations consomment 1,4 fois plus de chloroquine dans le cadre des soins à domicile (tableaux annexe 4.62).

Le téléphone est une ressource rare dans les villages étudiés : la plupart des villages n'en sont pas équipés et seuls les principaux villages, Ngayokhème, Niakhar, Toukar et Diohine disposent de cabines privées payantes. Les communications téléphoniques sont par conséquent peu fréquentes : plus des deux tiers des mères et le tiers des pères enquêtés ne téléphonent jamais. L'usage du téléphone est clairement associé à l'utilisation des soins de type biomédicaux : les parents téléphonant souvent prodiguent plus de soins à base de médicaments et consultent 1,4 fois plus en structure sanitaire, 1,6 fois plus dans les premières 48 heures de maladie (tableau annexe 4.63).

¹¹³ GIE : Groupements d'Intérêt Economique

Pour la population, les marchés constituent un élément central de l'activité économique et un espace social privilégié de rencontres et d'échanges. La tenue hebdomadaire des marchés rythme le calendrier de la vie quotidienne : les déplacements sont organisés en fonction du jour de marché, et, tout comme les autres commissions, la visite au dispensaire peut être décalée d'un jour ou deux pour coïncider avec la tenue du marché. Dans le cadre de notre étude, le niveau de fréquentation des marchés par les parents de l'enfant influence surtout la pratique des soins à domicile : le fait que l'un des deux parents se rende au moins trois fois par mois au marché est associé à une plus forte ingestion de médicaments, notamment de chloroquine, et une pratique 1,6 fois plus fréquente de l'enveloppement frais (tableau annexe 4.62). Ce résultat confirme l'influence des conditions d'accès à l'offre de soins sur les pratiques thérapeutiques : les contacts réguliers avec les vendeurs ambulants de médicaments favorisent significativement leur consommation. Pour approfondir ces associations, nous avons construit un indicateur synthétique des formes de sociabilité tournées vers l'extérieur, en opposant les parents fréquentant régulièrement les marchés (au moins trois fois par mois) et utilisant le téléphone aux autres (figure 4-29).

Figure 4- 29 : Pratiques thérapeutiques selon les formes de sociabilité des parents : la mère ou le père a des pratiques de sociabilité tournées vers l'extérieur (N=200) ou non (N=702)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

Les parents développant une sociabilité ouverte vers l'extérieur consomment plus de médicaments, avec notamment 1,4 fois plus de chloroquine et 1,3 fois plus de paracétamol (figure 4-29). Ils consomment en revanche moins d'aliments spéciaux dans le cadre des soins à domicile. Le fait d'avoir une sociabilité hors du village favorise la consultation en structure sanitaire, sans toutefois influencer le recours aux thérapeutes traditionnels. La sociabilité ouverte est également caractérisée par une propension 1,8 fois plus importante à consulter vite en structure sanitaire, dans un délai moyen significativement moindre, 2,1 jours (n=50) contre 2,7 jours (n=122) ($t < 0,05$). Par ailleurs, l'utilisation du téléphone et la fréquentation des marchés sont associées à la mobilisation de sommes plus importantes pour soigner l'enfant malade : 1 970 Francs CFA en moyenne pour le premier recours externe biomédical contre moins de 1 350 Francs CFA pour les autres ($t < 0,05$). Les résultats décrivent une association directe entre les pratiques de sociabilité et l'utilisation de l'offre de soins biomédicale : en rejoignant la perspective diffusionniste, il nous paraît possible de considérer que la sociabilité tournée vers l'extérieur est le signe d'une ouverture facilitant l'exposition aux informations sanitaires et à de nouvelles normes comportementales.

4.3.3 Les caractéristiques de la famille de l'enfant

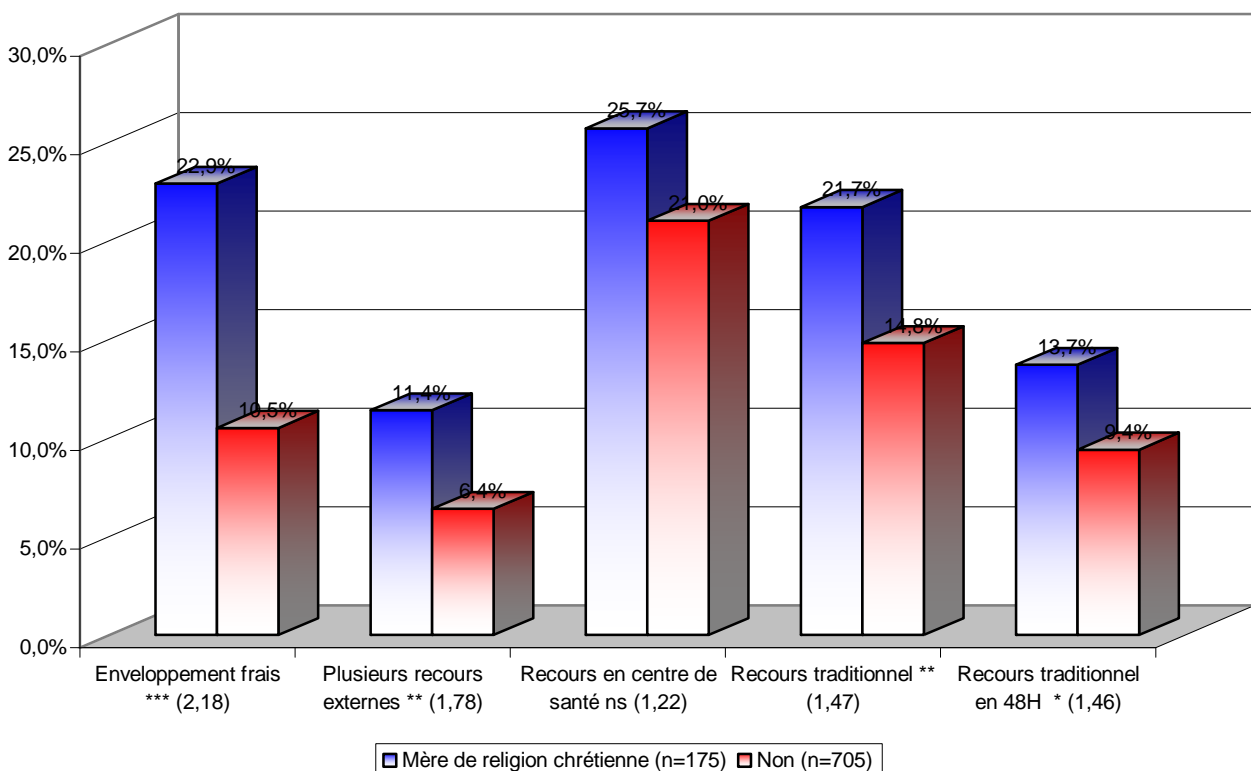
Pour rendre compte des facteurs caractérisant le groupe familial, nous avons étudié l'influence sur les pratiques thérapeutiques de l'ethnie, de la religion et de la caste.

4.3.3.1 La confession religieuse

Agissant comme principe guidant l'interprétation étiologique des maladies et comme modèle de prise en charge thérapeutique, la religion est un facteur fréquemment pris en compte pour l'étude des déterminants des comportements de recours aux soins. L'idéologie et les normes sociales véhiculées par les religions chrétiennes et islamiques diffèrent profondément de la tradition sereer. Cependant, à Niakhar, l'adhésion aux cultes monothéistes semble rarement exclusive d'une foi profonde dans les croyances sereer traditionnelles : les conversions aux cultes judéo-chrétiens ne ressortent pas exclusivement de motifs spirituels et sont bien souvent guidées par des contingences sociales, liées à l'influence des missions catholiques et des confréries islamiques. Dans ce contexte, nous postulons, conformément à la littérature, que l'appartenance à la confession chrétienne est susceptible de favoriser l'utilisation des structures sanitaires, mais dans le cadre d'associations restant relativement limitées.

La confession religieuse ne peut se définir comme une variable purement individuelle¹¹⁴. La grande majorité des personnes enquêtées, soit plus de 75 %, se déclare de confession musulmane, près de 20 % des interrogés sont chrétiens et moins de 5 % se réclament officiellement de croyance animiste (tableau annexe 4.64). En l'absence de relations statistiquement significatives, notamment due à la faiblesse des effectifs, les parents animistes se caractérisent par une forte consommation d'aliments spéciaux dans le cadre des soins à domicile et par une faible propension à réaliser un recours externe. Dans le cadre des soins à domicile, les ménages chrétiens utilisent plus fréquemment l'enveloppement frais (figure 4-30). Cette tendance s'explique par l'influence des sœurs du dispensaire privé catholique de Diohine, recommandant vigoureusement l'application d'un linge frais en cas de fièvre. De manière contradictoire avec les résultats de la littérature, les ménages chrétiens ne réalisent pas significativement plus de consultations en structure sanitaire : la confession chrétienne est associée à plus de recours externes, mais dans le sens d'une fréquentation 1,5 fois plus forte des thérapeutes traditionnels, dès les premières heures de maladie (figure 4-30).

Figure 4- 30 : Pratiques thérapeutiques selon la religion des parents : la mère est chrétienne ou non



¹¹⁴ La corrélation entre la religion du père et de la mère est égale à 0,73 et leurs influences respectives sur les pratiques thérapeutiques sont très proches (tableaux annexes 4.62 et 4.63). Pour l'analyse, nous nous sommes cependant appuyé sur la religion de la mère, renseignée pour 880 enfants contre 768 pour les pères.

4.3.3.2 L'appartenance ethnique

En milieu rural sénégalais, la vie sociale reste principalement réglée par les codes de l'organisation sociale traditionnelle. Dans cette perspective, l'appartenance ethnique constitue un socle privilégié pour la constitution de l'identité individuelle et collective.

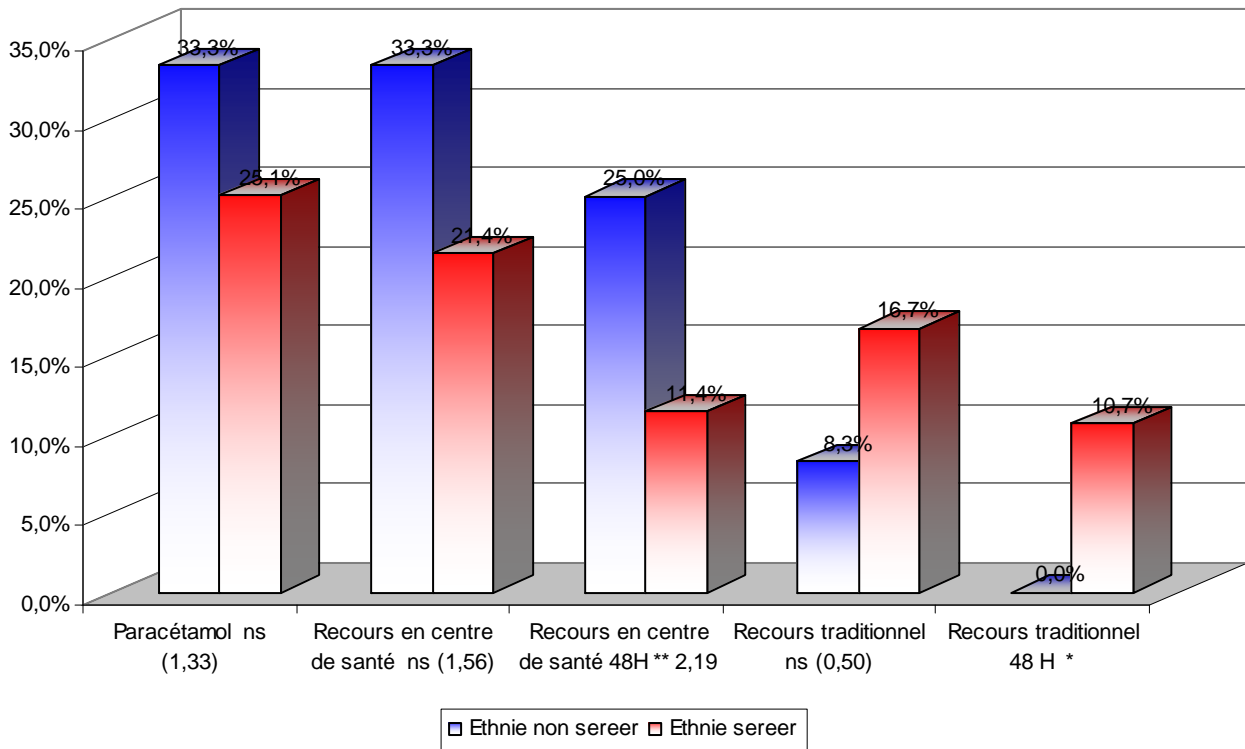
Au Sénégal, les pratiques culturelles, les formes d'organisation sociales et les normes comportementales varient selon les ethnies, comme l'indiquent les différences dans les niveaux de mortalité infanto juvéniles (tableau annexe 4.65).

Dans les villages étudiés, la population est quasiment homogène sur le plan ethnique : plus de 97 % des enfants enquêtés sont issus de l'ethnie sereer. Les autres enfants sont principalement des wolofs (n=12) et des toucouleurs (n=9), trois enfants étant rattachés à d'autres ethnies.

Bien que cette forte homogénéité limite la portée de nos analyses sur le critère ethnique, nous formulons l'hypothèse que chaque groupe ethnique a ses codes traditionnels pour l'interprétation et le traitement de la maladie, mais également pour la définition des responsabilités au sein de la cellule familiale : l'ethnie est un facteur de différenciation des pratiques thérapeutiques et des modalités de prise en charge de la maladie.

La nature des actes thérapeutiques pratiqués varie significativement en fonction de l'ethnie (figure 4-31).

Figure 4- 31 : Pratiques thérapeutiques selon la religion des parents¹¹⁵ : la mère est chrétienne (N=175) ou non (N=705)



Les ménages d’ethnie non sereer se caractérisent par une forte utilisation de l’offre de soins biomédicale. En l’absence de relations statistiquement significatives, il apparaît qu’ils consomment plus de médicaments dans le cadre des soins à domicile et consultent plus en structure sanitaire. Les enfants qui ne sont pas sereers consultent en outre 2,2 fois moins souvent auprès de thérapeutes traditionnels dans les premières 48 heures de maladie (figure 4-31). Les associations observées tendent à confirmer nos hypothèses : les wolofs et les toucouleurs ne partageant pas l’ensemble des références étiologiques Sereer et étant d’implantation plus récente, ils ont moins tendance à consulter auprès des thérapeutes traditionnels locaux. Les différences au niveau des pratiques thérapeutiques différentes s’expliquent donc en partie par des facteurs proprement culturels ; conformément à une étude menée au Mali, elles sont également liées aux conditions de prise en charge de la maladie : «les différences entre les deux groupes ethniques étaient associées à des variations du statut de la mère, au regard de son soutien et de son autonomie dans le ménage»¹¹⁶ (Castle, 1993, p.137).

¹¹⁵ Nous nous sommes intéressés à la religion de la mère, renseignée pour 880 enfants contre 768 pour les pères. Les associations liés à la religion de la mère et du père sont très proches (tableaux annexes 6.62 et 5.63).

¹¹⁶ Traduction de l’auteur : "real differences between the two ethnic groups were reflected in variations in maternal status defined according to women's support and/or autonomy in their households"

4.3.3.3 La caste

Le système de castes stratifie la société sereer en plusieurs groupes liés entre eux par des systèmes de relations imbriquées impliquant un ensemble de rapports et d'obligations réciproques. Dans un milieu encore très traditionnel, les castes constituent une dimension majeure de la vie sociale : elles formatent le découpage des activités professionnelles et définissent en partie, au quotidien, les normes de vie sociale, en particulier les règles matrimoniales.

Dans ce cadre, nous formulons l'hypothèse que la caste constitue un déterminant direct des comportements de recours aux soins, dans le sens où les castes les plus marginalisées socialement ont moins recours aux centres de santé et privilégient les soins à domicile.

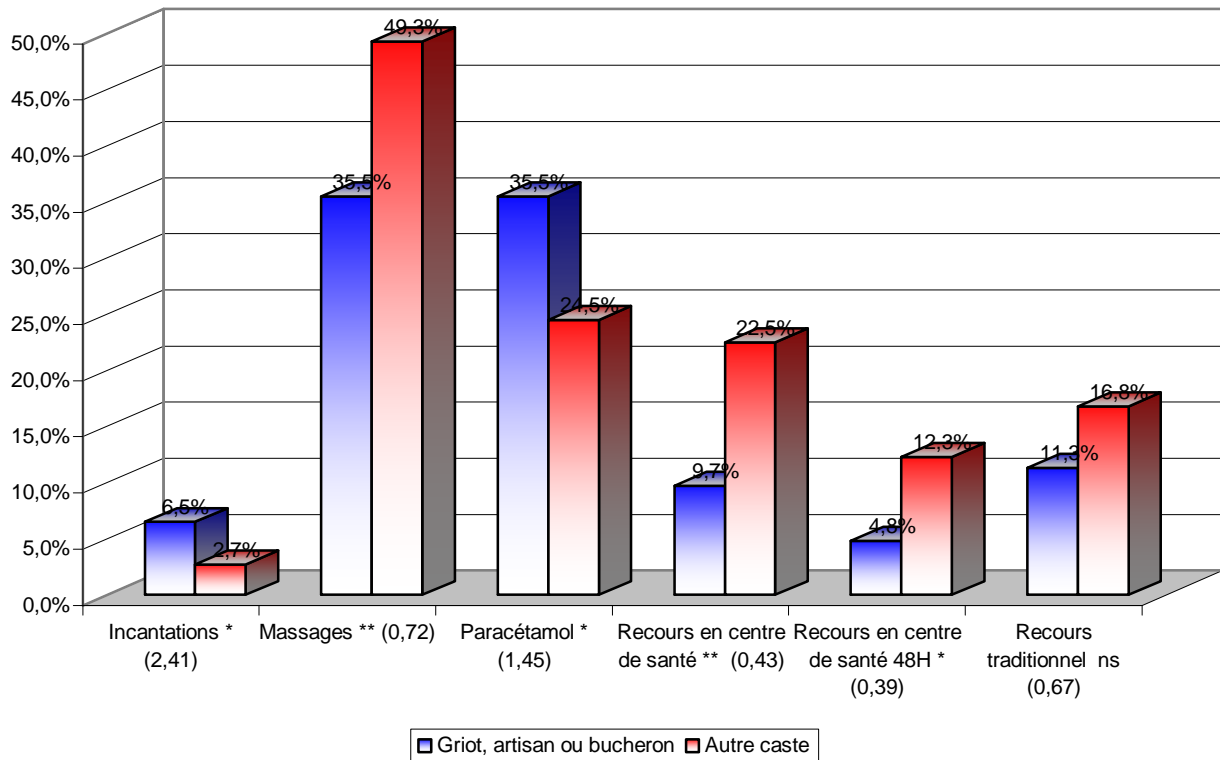
Bien que structurée en un nombre important de castes transmises au sein des lignages familiaux, l'organisation sociale sereer est cependant relativement peu hiérarchisée au regard d'autres peuples d'Afrique de l'Ouest (Akoto et al., 1989).

Pour cette analyse, nous avons regroupé les castes sereers en deux groupes principaux : d'une part, le groupe des castes socialement marquées, regroupant les artisans (forgerons ou cordonniers), les bûcherons et les griots, qui représentent près de 7 % des enfants enquêtés ; d'autre part, l'ensemble des autres castes, composé pour l'essentiel de paysans et des tiédos¹¹⁷.

Les enfants de castes socialement marquées, les griots, les artisans et les bûcherons ont des pratiques thérapeutiques relativement spécifiques (figure 4-32).

¹¹⁷ Les tiédos sont des guerriers, historiquement serviteurs des nobles dans les royaumes sereers. Par ailleurs, nous avons associé à ce groupe les enfants d'autres ethnies, dans la mesure où ils n'appartenaient pas à des castes socialement marquées.

Figure 4- 32 : Pratiques thérapeutiques selon la caste de la famille de l'enfant : l'enfant est griot, artisan (forgeron ou cordonnier) ou bûcheron (N=62) ou non (N=840)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

Dans le cadre des soins à domicile, les enfants des castes socialement marquées ingèrent plus de médicaments, notamment 1,5 fois plus de paracétamol, et prodiguent 2,4 fois plus de soins par incantations ou amulettes ; ils pratiquent en revanche moins de massages (figure 4-32). Les griots et les artisans se caractérisent surtout par une propension significativement moins importante à réaliser des recours externes, notamment en structure sanitaire : ils consultent 1,5 fois moins souvent auprès de thérapeutes traditionnels et 2,3 fois moins en structure sanitaire, avec une tendance très marquée à moins consulter dans les premières 48 heures de maladie (figure 4-32).

La caste d'appartenance influence relativement peu les modalités de prise en charge de l'enfant malade. Il apparaît cependant, en l'absence de relations significatives, que les griots, les artisans et les bûcherons prennent plus souvent les décisions thérapeutiques sans concertation et qu'ils mobilisent pour les recours externes des sommes moins importantes que les autres : ils ont ainsi mobilisé 920 Francs (n=5) en moyenne pour le premier recours externe vers une structure sanitaire contre plus de 1 500 Francs pour les autres (n=156).

Au regard des résultats, la caste apparaît comme un facteur majeur de différenciation des pratiques thérapeutiques. Les processus qui y sont associés se rapportent aux codes sociaux et culturels traditionnels : lors d'un entretien, un homme nous a rapporté, en parlant de ses voisins griots « que c'est mon devoir de soigner leurs enfants malades. Eux, ils vont attendre que je prenne l'enfant et que je l'emmène au dispensaire » (J.F., Sob).

4.3.4 Conclusion partielle

Conformément à notre hypothèse posant l'existence d'une multiplicité de déterminations, le profil socio-démographique de l'enfant malade, de sa mère, de son père et plus généralement de son groupe familial exercent une profonde influence sur les comportements de recours aux soins. Les différents paramètres socio-démographiques étudiés ont une influence variée sur le volume, le type et la nature des actes thérapeutiques pratiqués et sur les conditions de prise en charge de la maladie au sein de la cellule familiale. Parmi les nombreux facteurs influençant la consultation en structure sanitaire, il est ainsi possible de distinguer ceux favorisant, d'une manière générale, une activité thérapeutique tournée vers l'extérieur toutes filières thérapeutiques confondues et ceux favorisant spécifiquement le recours biomédical.

La majeure partie des associations observées abonde dans le sens des données de la littérature. L'influence des variables socio-démographiques est le plus souvent articulée autour du statut individuel et de l'identité collective : la capacité à décider et à financer une consultation en structure sanitaire est inversement corrélée au statut social, à l'image des niveaux de mortalité (Heggenhougen et al., 2003). Ainsi, en raison de processus faisant appel aux dimensions sociales et culturelles (Akoto et al., 1989), les marqueurs de l'identité du groupe familial constituent des facteurs de différenciation des comportements thérapeutiques : les enfants de l'ethnie sereer et ceux rattachés à des castes socialement marquées fréquentent moins les centres de santé. Dans la même logique, l'âge de l'enfant et celui de ses parents, avec pour corollaires respectifs le statut d'allaitement et le rang de naissance de l'enfant, déterminent profondément la sélection des moyens thérapeutiques. Conformément à la littérature, les jeunes enfants et les parents jeunes mettent plus souvent en œuvre des recours externes, notamment en structure sanitaire (Adjamagbo et al., 1999 ; Assogba, 1991 ; Von Seidlein et al., 2002).

L'impact de l'âge sur les pratiques thérapeutiques est fortement corrélé à la répartition des rôles au sein de la cellule familiale. Ainsi, aux jeunes âges, l'enfant bénéficie d'une attention particulière, articulée autour d'une forte implication de la mère et de la mise à disposition par le père de moyens financiers plus importants pour le soigner. L'âge des parents détermine directement la capacité à décider, à financer et à mettre en œuvre les soins. Ainsi, les mères jeunes prennent peu d'initiative et sont principalement chargées de mettre en œuvre les actes thérapeutiques, mais leurs prérogatives évoluent au cours du temps et au rythme de leur vie féconde : les plus âgées conçoivent et financent fréquemment les actes thérapeutiques (Ouedraogo, 1994). Le jeune âge des mères est donc associé à une plus forte implication des personnes extérieures au couple parental dans le processus thérapeutique, lorsque des femmes plus âgées, ayant prise sur toutes les questions relatives au fonctionnement de la cellule domestique, vivent dans le ménage (Delcroix et al., 1993 ; Molyneux et al., 2002).

L'expérience migratoire et les pratiques de sociabilité des parents se sont révélées être des déterminants de l'adhésion aux protocoles de soins biomédicaux : elles majorent la consommation de chloroquine dans le cadre des soins à domicile et la propension à faire un recours en structure sanitaire. Cependant, leur effet ne semble pas associé à l'acquisition d'un statut particulier ou à des normes de prise en charge de la maladie spécifiques ; il s'explique par l'adoption d'habitudes thérapeutiques et d'attitudes en matière de santé spécifiques. En effet, les parents ayant vécu une forte expérience migratoire sont familiarisés avec la consommation de chloroquine ; ceux développant des modes de sociabilité ouverts sur l'extérieur ont plus de contacts avec l'offre médicamenteuse et une plus grande habitude de fréquenter les structures sanitaires.

Dans une certaine mesure, l'influence de plusieurs des caractéristiques socio-démographiques étudiées est apparue en sensible décalage avec les principaux résultats de la littérature. Ainsi, bien que le niveau d'instruction des parents soit favorablement associé à la consommation de chloroquine dans le cadre des soins à domicile et à la propension à faire un recours en structure sanitaire, les relations ont semblé moins intenses que dans d'autres études (Caldwell et al., 1989 ; Cleland et al., 1991). En outre, l'instruction n'entraîne pas de profondes modifications des conditions de prise en charge de la maladie : au sein de la cellule familiale, les mères ayant reçu une instruction formelle significative ne bénéficient pas d'une plus grande marge d'autonomie dans la gestion de la maladie de l'enfant. L'influence de l'instruction semble principalement liée au niveau de connaissances du paludisme : les parents alphabétisés ou ayant atteint le niveau de fin d'études primaires identifient en particulier 1,5 fois plus souvent le rôle du moustique ($p < 0,01$). Là encore, les mécanismes d'influence de l'instruction apparaissent en décalage avec les courants dominants de la littérature, concluant au contraire que « les résultats ne montrent pas que les femmes ayant reçu une instruction aient plus de connaissance sur les causes des maladies que celles n'ayant pas fréquenté l'école »¹¹⁸ (Caldwell et al., 1989, p.104).

Par ailleurs, l'influence observée de la confession religieuse sur les pratiques thérapeutiques est apparue sensiblement différente de la relation attendue : de manière surprenante, la confession chrétienne favorise spécifiquement la consultation de thérapeutes traditionnels. La relation est cependant peu intense et concorde avec les observations considérant que « la présence de l'Islam et du christianisme n'a pas modifié dans ses profondeurs le système religieux et médical » (Kalis, 1997, p.16). En outre, nous avons pas vérifié la relation entre la polygamie et les soins traditionnels : le statut matrimonial de ses parents n'oriente pas la nature des choix thérapeutiques. De manière similaire, bien qu'il soit fortement associé aux conditions de prise en charge de la maladie, le sexe de l'enfant influence peu les pratiques thérapeutiques.

¹¹⁸ Traduction de l'auteur : « the evidence does not seem to point to women with some schooling knowing much more about disease causation than women with no schooling »

4.4 Les caractéristiques socio-économiques des ménages

Les modélisations socio-démographiques des déterminants des pratiques thérapeutiques prennent systématiquement en compte les caractéristiques économiques, le plus souvent en tant que facteurs conditionnant l'accessibilité à l'offre de soins plurielle.

La littérature met en évidence l'existence d'une relation inverse entre le statut économique et la morbidité ou la mortalité (Heggenhougen et al., 2003). Elle souligne également l'impact des contraintes économiques sur le volume et la nature des soins pratiqués : au Mali, « les malades des deux classes de revenus les plus bas choisissent dans leur majorité de pratiquer l'automédication alors que ceux des classes de revenus les plus élevés recourent davantage aux professionnels de la médecine moderne » (Juillet, 2002, p.21). Dans cette logique classique, nous formulons l'hypothèse que la dimension économique est un facteur de différenciation des pratiques thérapeutiques, et notamment un critère d'accès aux soins les plus chers. Cependant, dans le contexte de grande pauvreté du milieu d'étude, nous pensons également que le facteur économique n'induit pas des modes de prise en charge de la maladie radicalement opposés.

L'étude des caractéristiques économiques des ménages peut s'appuyer sur différentes approches méthodologiques (Traoré, 2002). Nous avons fait le choix de ne pas chercher à évaluer les caractéristiques économiques des ménages sur la base de leurs revenus. D'une part, en effet, dans le contexte d'une société agro-pastorale où le salariat est marginal, les ressources ne sont pas toujours monétaires et prennent souvent la forme de rentes. Elles sont d'autre part foncièrement irrégulières : les activités d'élevage ou de petit commerce sont le plus souvent saisonnières ; les sommes envoyées par les migrants sont aléatoires. En outre, la structure élargie des ménages engendre des sources de revenus plurielles, avec des règles de distribution complexes entre les ressources collectives et celles à caractère individuel. Nous avons donc choisi de catégoriser le niveau économique des ménages par une analyse factorielle de classification multiple des conditions de vie, en fonction des biens et des équipements possédés.

4.4.1 Répartition des ménages selon les biens et équipements possédés

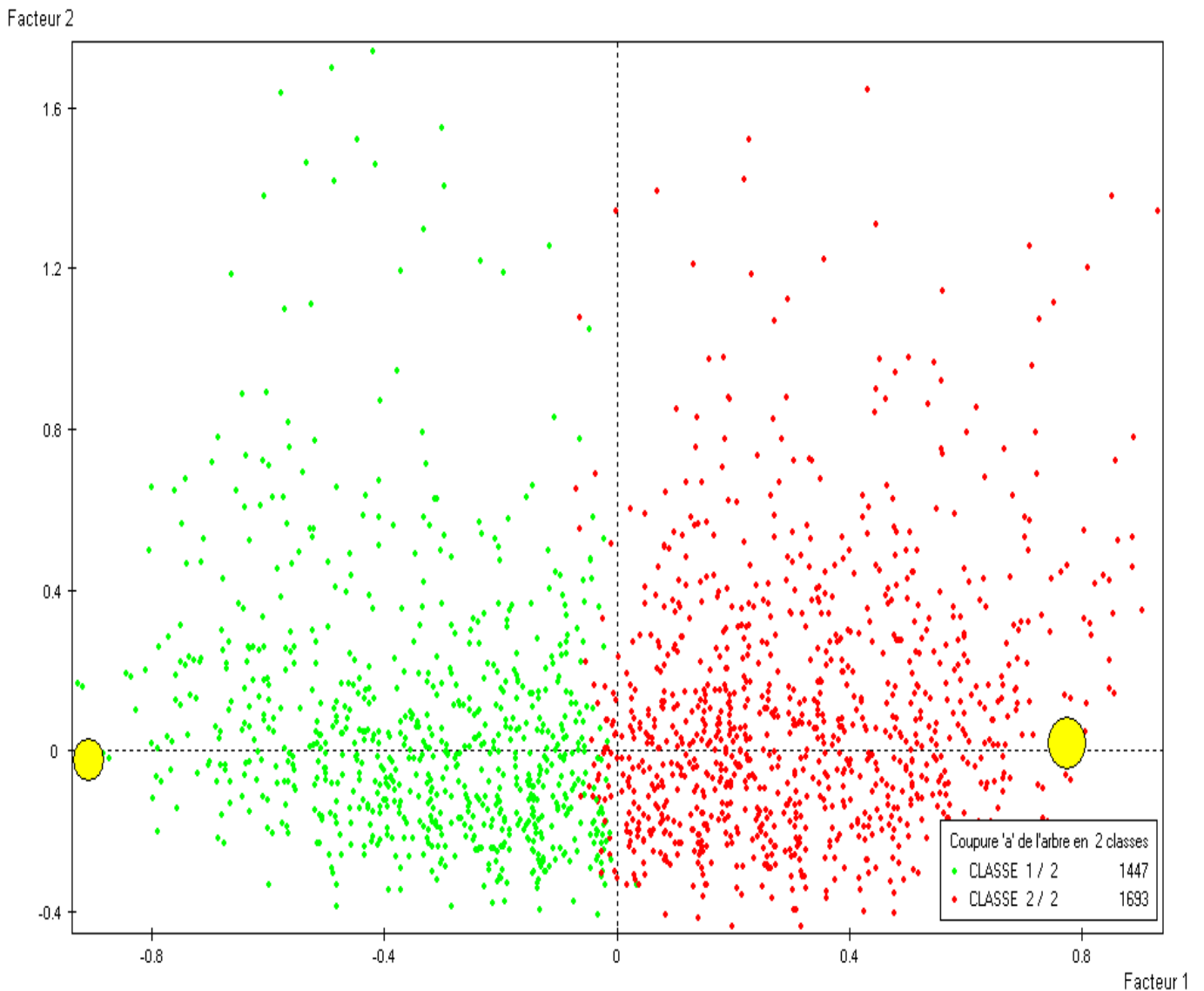
Nous nous sommes appuyé sur les données d'une étude menée en 2002 par le laboratoire Population et Santé de l'IRD, recensant les biens et les équipements de 3 140 ménages faisant l'objet d'un suivi démographique régulier, dont 893 des 902 ménages inclus dans notre protocole d'enquête. Notre analyse factorielle intègre une diversité de variables caractérisant les biens et équipements possédés par le ménage : la possession d'animaux, la possession de matériels agricoles, la pratique de l'embouche¹¹⁹, le type d'éclairage, la constitution du bâti, le mode d'approvisionnement en eau, le type d'aisance, le nombre de greniers à mil possédés et le fait d'avoir sauté un repas par manque de ressources financières.

Parmi l'ensemble des variables prises en compte pour caractériser le niveau socio-économique des ménages, 17 ressortent comme significativement discriminantes. Les principaux critères de distinction des ménages sur le plan économique sont le matériel agricole possédé, les caractéristiques du cheptel et, dans une moindre mesure, l'équipement domestique (figure annexe 4.1). Parmi les nombreux paramètres qualifiant les conditions de vie des ménages, plusieurs n'ont pas été retenus comme pertinents pour opérer des distinctions entre les ménages : la possession de téléviseur, de réfrigérateur ou de voiture sont apparus trop rares pour constituer un critère de découpage de classes économiques. De manière similaire, dans la mesure où une infime minorité de ménages se singularise par la possession d'un robinet au sein de la concession, et où dans le même temps, l'accès aux robinets et aux puits extérieurs dépend principalement de facteurs collectifs, ne relevant pas du statut économique du ménage, le mode d'approvisionnement en eau ne nous est pas apparu comme un facteur discriminant. En outre, la nature du bâti s'est révélée un indicateur particulièrement complexe à opérationnaliser, en raison de la difficulté à pondérer la nature des matériaux de construction employés en fonction du nombre de bâtiments, prenant lui-même sens au regard du nombre d'habitants au sein du ménage.

¹¹⁹ Elevage de bovins dans le but de les vendre

Les ménages intégrés à notre protocole d'enquête se répartissent nettement en deux classes (figure 4-33) : l'une, dite « pauvre », représente 38 % des ménages, et l'autre, plus « aisée », regroupe 62 % des ménages. Les dénominations ici associées au classement des ménages doivent être replacées dans la perspective du contexte général de grande pauvreté des villages étudiés.

Figure 4- 33 : Répartition des ménages selon leur situation socio-économique (pauvre ou riche)



La classe 1, dite « pauvre », se caractérise en premier lieu par son dénuement (tableau 4-11). Les ménages de cette classe souffrent en effet d'un fort déficit en équipements agricoles : 90 % d'entre eux ne possèdent pas de charrette, près de 70 % n'ont pas de semoir et 30 % n'ont pas de houe. Par ailleurs, les ménages « pauvres » possèdent un cheptel à dimension domestique ou économique réduit : 70 % n'a pas de cheval, moins de 10 % possède plus de dix têtes de petit ou de gros bétail et moins du tiers a au moins dix volailles. La faiblesse du capital en animaux limite la capacité à développer une activité d'élevage : moins de 15 % des ménages pauvres pratiquent l'embouche bovine. Les ménages associés à la classe « pauvre » se caractérisent également par un moindre niveau d'équipement domestique : ils sont systématiquement moins souvent équipés de moustiquaires, de gazinières ou de latrines et, de manière marquée, plus du tiers d'entre eux ne possède pas de radio (tableau 4-11).

Tableau 4- 11 : Caractéristiques de la classe pauvre au regard de 17 variables biens et équipements

Variables	Modalité de la variable	% modalité dans la classe ¹²⁰	% classe dans modalité ¹²¹	Prob
possession de charrette	ne possède pas de charrette	87,1	81,1	0,000
possession de cheval	ne possède pas de cheval	69,3	93,1	0,000
possession de semoir	ne possède pas semoir	66,2	93,2	0,000
possession de petit bétail	possède moins de 10 têtes	90,5	64,9	0,000
possession de houe	ne possède pas de houe	31,0	96,3	0,000
possession de gros bétail	possède moins de 10 têtes	97,9	56,2	0,000
possession de volaille	possède moins de 10 têtes	67,7	67,0	0,000
pratique embouche	ne pratique pas l'embouche	86,9	57,9	0,000
possession de radio	ne possède pas de radio	34,8	76,1	0,000
Possession de décortiqueuse	ne possède pas de décortiqueuse	98,8	49,2	0,000
Possession de moustiquaire ¹²²	ne possède pas de moustiquaire	90,4	49,8	0,000
avoir sauté un repas ¹²³	a sauté un repas	11,3	72,3	0,000
latrines propres à la cuisine	pas de latrine pour	95,8	47,4	0,000
possession de gazinière	ne possède pas de gazinière	87,3	48,2	0,000
possession d'âne	Ne possède pas d'âne	51,3	51,0	0,000
moyens d'éclairage	Feu de bois ou bougie	5,4	58,2	0,003
Possession de panneau solaire	ne possède pas de panneau solaire	99,4	46,3	0,005

¹²⁰ Part de ceux possédant la caractéristique dans la classe des pauvres. En première ligne, lire : 87,1% des ménages de la classe pauvre n'ont pas de charrette

¹²¹ Part des pauvres dans l'ensemble des personnes possédant la caractéristique. En première ligne lire : les ménages de la classe pauvre représentent 81,1 % des ménages qui n'ont pas de charrette

¹²² Possession d'au moins une moustiquaire suspendue

¹²³ Avoir sauté un repas depuis la fin des dernières pluies par manque de ressources

La classe 2, dite « aisée », dispose d'une meilleure assise matérielle pour l'équipement agricole : plus de 80 % de ces ménages possèdent en effet une charrette, un cheval, une houe ou un semoir (tableau 4-12). Ils jouissent en outre d'un cheptel souvent élargi : plus du tiers de ces ménages possèdent plus de dix têtes de gros bétail, 60 % ont plus de 10 têtes de petit bétail ou un âne et 70 % ont au moins dix volailles.

Dans la même perspective, on observe que près de 80 % des ménages exerçant l'activité d'embouche bovine sont rattachés à cette classe. Par ailleurs, les ménages rattachés à la classe « aisée » se caractérisent par un meilleur équipement en biens domestiques : plus de 90 % d'entre eux sont équipés d'au moins une radio, près de 20 % possèdent des moustiquaires suspendues ou une gazinière et 10 % bénéficient de latrines particulières (tableau 4-12).

Tableau 4- 12 : Caractéristiques de la classe aisée au regard de 17 variables biens et équipements

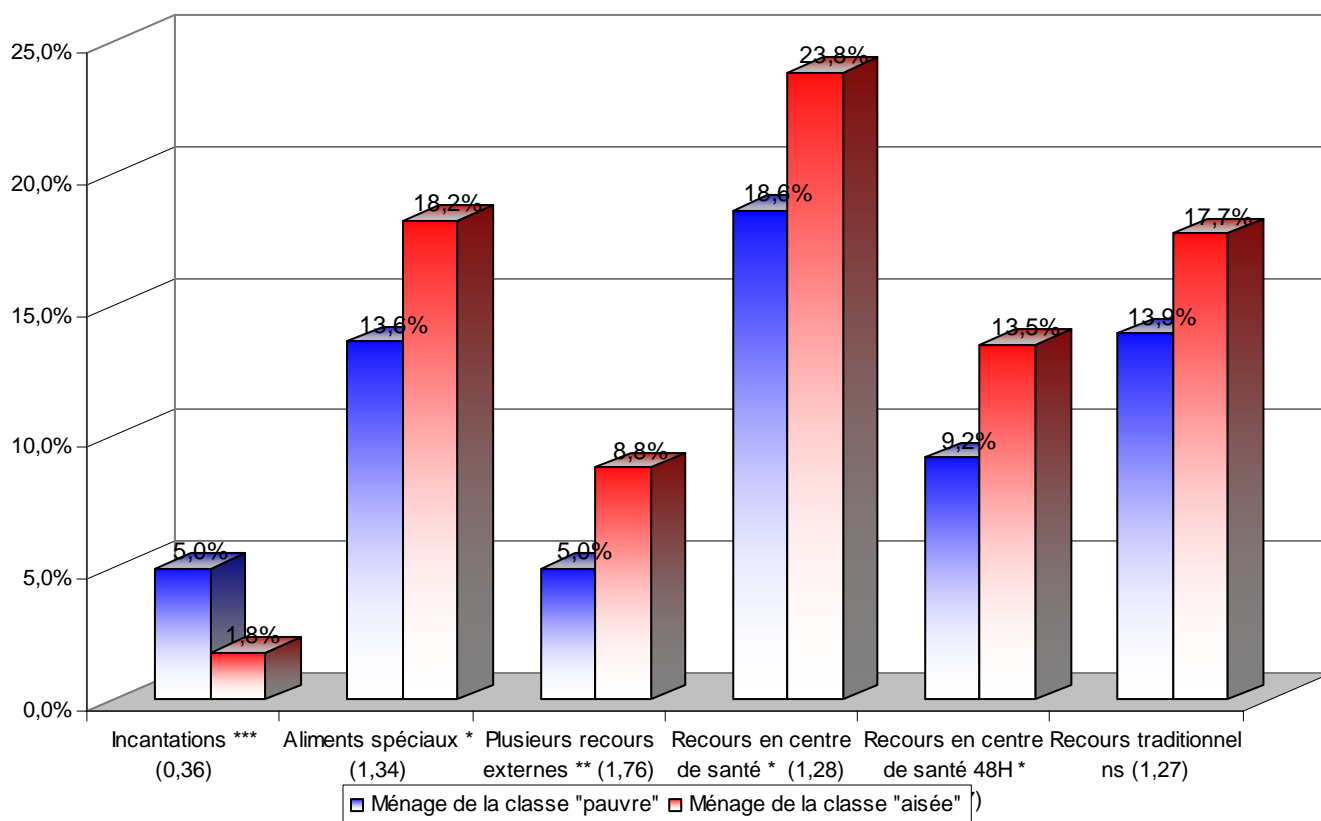
Variabes	Modalité de la variable	% modalité dans la classe	% classe dans modalité	Prob.
possession de charrette	possède une charrette	82,7	88,2	0,000
possession de cheval	possède un cheval	95,6	78,4	0,000
possession de semoir	possède un semoir	95,9	76,8	0,000
possession de petit bétail	possède plus de 10 têtes	58,2	87,8	0,000
possession de houe	possède une houe	99,0	62,6	0,000
possession de gros bétail	possède plus de 10 têtes	34,8	95,0	0,000
possession de volaille	possède plus de 10 têtes	71,5	72,2	0,000
pratique de l'embouche	pratique l'embouche	46,1	80,5	0,000
possession de radio	possède une radio	90,7	61,9	0,000
possession de décortiqueuse	possède une décortiqueuse	12,8	92,7	0,000
possession de moustiquaire	possède une moustiquaire	22,0	72,8	0,000
avoir sauté un repas	n'a pas sauté de repas	96,3	56,0	0,000
latrines propres à la cuisine	Latrines pour la cuisine	9,2	71,8	0,000
possession de gazinière	possède une gazinière	19,8	64,6	0,000
possession d'âne	possède un âne	57,9	58,2	0,000
moyens d'éclairage	Lampe à pétrole	96,0	54,5	0,005
possession de panneau solaire	ne possède pas de panneau solaire	98,2	53,6	0,005

4.4.2 Influence sur les comportements de recours aux soins

Ainsi définies, les caractéristiques économiques du ménage influencent relativement peu le nombre et la nature des soins à domicile pratiqués : les seules associations concernent l'ingestion d'aliments spéciaux, 1,3 plus fréquente dans les ménages aisés, et la pratique d'incantations, 2,8 fois plus fréquente dans la classe précaire (figure 4-34).

De manière attendue, on observe une relation significative entre le niveau socio-économique du ménage et la réalisation de recours externes : les ménages aisés mettent en œuvre 1,8 fois plus souvent plusieurs recours externes consécutifs. Le statut économique du ménage détermine surtout la propension à fréquenter les centres de santé, qui sont les soins les plus onéreux. En particulier, il influe sur les conditions d'accessibilité aux soins : les ménages « aisés » consultent 1,5 fois plus souvent en structure sanitaire dans les premières 48 heures de maladie, pour un délai moyen de 2,4 jours (n=116), significativement inférieur à celui des ménages précaires, 3,0 jours (n=56) ($t < 0,01$) (figure 4-34).

Figure 4- 34 : Pratiques thérapeutiques selon le niveau économique des ménages, évalué en fonction des biens et équipements possédés : l'enfant vit dans un ménage plutôt pauvre (N=338) ou plutôt aisé (N=555)



*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

L'étude des conditions de prise en charge de l'enfant malade souligne la plus grande implication de la mère de l'enfant au sein des ménages pauvres : les mères issues de ménages pauvres proposent plus souvent le premier recours externe que celles issues d'un ménage aisé, 60 % (n=99) contre 46 % (n=190) ($p < 0,05$). Elles financent également plus souvent les soins à domicile et les recours externes.

Pour la mise en œuvre des choix thérapeutiques, la plus grande autonomie des mères issues des ménages pauvres peut s'expliquer par une logique de survie : face aux problèmes économiques, elles développent leurs propres activités génératrices de revenus, susceptibles de les aider à faire face seules au frais de traitement de l'enfant malade (Baxerres, 2002).

De manière assez surprenante, les caractéristiques économiques du ménage ne semblent cependant pas fixer la capacité du ménage à mobiliser des fonds en cas d'épisode morbide : ainsi, la somme mobilisée pour le premier recours biomédical par les ménages aisés est comparable à celle mobilisée par les ménages pauvres, avec une différence inférieure à 200 Francs CFA.

4.4.3 Conclusion partielle

Les caractéristiques économiques du ménage, appréhendées à travers les biens et les équipements possédés, apparaissent comme des facteurs de différenciation des pratiques thérapeutiques. L'interprétation des effets du statut économique renvoie à l'accessibilité inégale des multiples alternatives thérapeutiques : les deux classes de ménages distinguées par l'analyse factorielle sont inégalement exposées à l'impact des contraintes de mise en œuvre des actes thérapeutiques. Dans la mesure où l'influence du statut économique exprime une différence de capacité des ménages à mobiliser rapidement les fonds nécessaires à la mise en œuvre des soins (Fournier et al., 1995), le statut économique détermine principalement la propension à consulter en structure sanitaire, le soin le plus onéreux, dans un court délai.

Le statut économique du ménage a également une influence des modalités de prise en charge de la maladie. En effet, la précarité économique d'un ménage favorise l'implication économique des mères : les femmes vivant dans une famille disposant de faibles moyens cherchent à prendre en charge une partie des dépenses courantes du ménage en développant des activités annexes, le plus souvent sous la forme de petit commerce ; ce dynamisme forcé renforce, toutes proportions gardées, leur autonomie financière. A l'inverse, les femmes issues d'un ménage où le mari pourvoit à tous les besoins tendent à être déresponsabilisées de la gestion financière du ménage, ce qui réduit leur marge d'autonomie et accroît leur dépendance de leur mari (Baxerres, 2002).

En revanche, et conformément aux résultats d'autres études, le statut économique ne modifie pas la nature des choix thérapeutiques : « le manque de ressources financières a été rarement donné comme raison du choix du soins »¹²⁴ (Espino et al., 2000, p. 1314 ; Baxerres, 2002). De plus, bien que les résultats décrivent une influence des biens et équipements possédés au sein du ménage sur les pratiques thérapeutiques, l'intensité des relations reste limitée : elle est inférieure à ce que nous attendions dans un contexte de grande pauvreté et de coût discriminatoire du recours en structure sanitaire.

Il semble donc que dans un cadre d'économie d'auto subsistance tel que Niakhar, les biens et équipements possédés par le ménage restent un indicateur approximatif de la capacité du ménage à mobiliser des ressources en cas de survenue d'un épisode morbide : il importe de le compléter par l'étude des facteurs de situation.

¹²⁴ Traduction de l'auteur : « lack of financial resources was rarely given as a reason for treatment choice ».

4.5 La morphologie de la cellule familiale

Dans les sociétés africaines, l'institution familiale occupe une place centrale : elle sacralise l'unité du groupe et enracine l'identité individuelle dans une dimension collective. Symbolisant dans l'espace physique l'imbrication profonde des unités primaires de sociabilité, la concession est à la fois l'espace de reconnaissance des symptômes, le siège de prise des décisions thérapeutiques et, en l'absence de tout système de sécurité sociale, la seule source de prise en charge de la maladie (Pilon et al., 1997).

La revue de la littérature souligne l'existence d'une relation directe entre la morphologie de l'environnement familial et les comportements sociaux ou sanitaires : les caractéristiques de la cellule familiale influencent, entre autres, la scolarisation de l'enfant, le niveau de la couverture vaccinale des enfants, l'utilisation des services médicaux et le risque de décès (Lloyd et al., 1996 ; Gage et al., 1997 ; Bruce et al., 1992 ; Ronsmans, 1995). Notre analyse des effets de la morphologie de la cellule familiale s'appuie sur l'hypothèse que la taille du ménage et de la concession, le nombre et le statut des unités domestiques, la nature des liens et la composition par âge et par sexe du ménage influencent les pratiques thérapeutiques et les normes de prise en charge de l'enfant, à travers de multiples mécanismes.

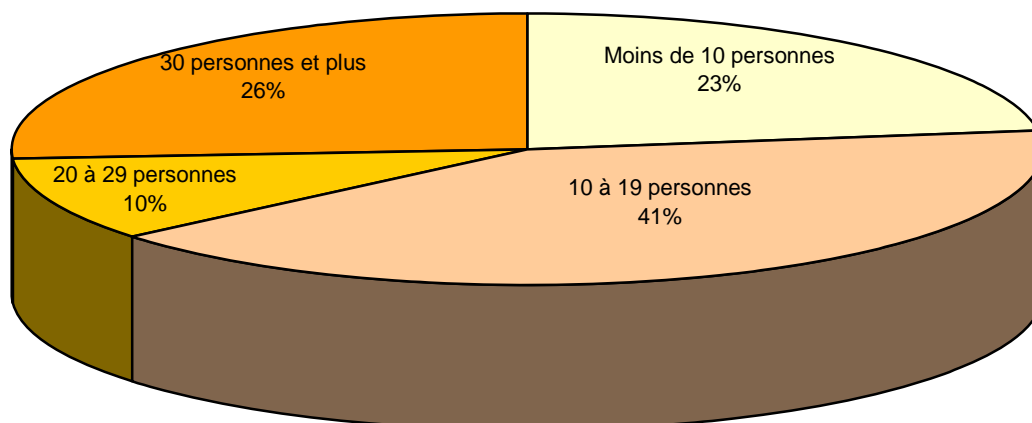
Idéalement, l'étude des caractéristiques de l'environnement familial s'appuie sur des données qualitatives et quantitatives (Antoine et al., 1991). Dans la littérature, l'environnement familial est le plus souvent caractérisé en fonction du type de rapports statutaires entretenus par les membres du ménage : les ménages ou les concessions sont classés, plus ou moins finement, selon leur caractère élémentaire ou élargi et en fonction de la présence d'ascendants ou de collatéraux (Gage et al., 1997 ; Noubissi et al., 2002). Au Mali, Castle distingue jusqu'à 7 types de structures familiales, dans lesquelles les mères ont des niveaux variables d'autonomie et d'accès aux ressources (Castle, 1993). Pour notre part, nous appréhendons la morphologie de la cellule familiale dans une perspective multidimensionnelle prenant en compte quatre paramètres : la taille du ménage et de la concession ; le nombre de ménages et, le cas échéant, le rang du ménage dans la concession ; la structure par âge et par sexe de la concession ; la nature des relations statutaires entre les membres du ménage.

4.5.1 Taille du ménage et taille de la concession

Dans la littérature, l'influence de la taille du ménage et de la concession sur les comportements sanitaires et sociaux est expliquée de plusieurs manières. Ainsi, les concessions de grande taille, denses et en constante recombinaison, sont considérées comme précurseurs pour l'adoption de comportements modernes (Charbit, 1999) ; elles sont également perçues comme plus sujettes à l'exercice de discriminations, en particulier contre les enfants (Gage et al., 1996 ; Gage et al., 1997 ; Lloyd et al., 1996). Pour notre part, nous supposons que la taille des unités domestiques a d'importants effets à la fois sur les comportements thérapeutiques et sur les modalités de prise en charge de la maladie, renvoyant à des aspects sociaux, économiques et logistiques.

L'unité domestique de production et de consommation des richesses, le ménage, compte un nombre d'individus très variable. Dans notre échantillon d'enquête¹²⁵, près de la moitié des ménages comptent de 10 à 16 personnes, pour une moyenne de 14 personnes et un maximum à 47 personnes (figure 4-35). Pour l'analyse qui suit, nous avons découpé les ménages en 3 classes : les unités de petite taille, de taille moyenne et de grande taille. Nous considérons comme ménages de petite taille ceux comptant au plus 8 personnes, comme ménages de taille moyenne ceux comptant de 9 à 24 personnes et comme ménages de grande taille ceux comptant au moins 25 personnes.

Figure 4- 35 : Répartition des ménages selon le nombre d'habitants (N=868)

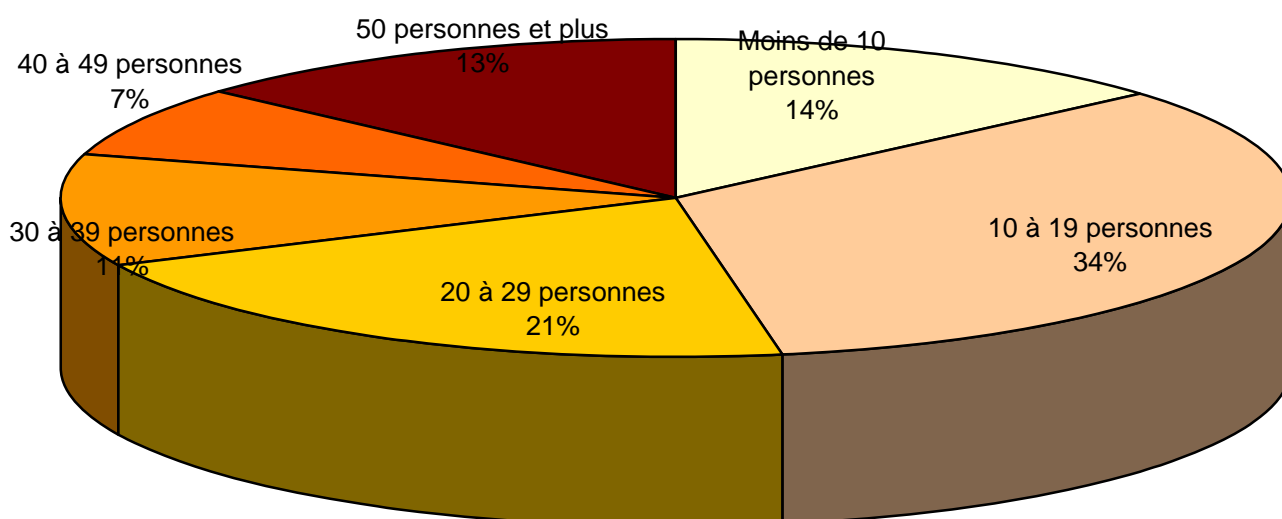


¹²⁵ Les informations sur le ménage sont renseignées pour 868 des 902 ménages.

L'habitat traditionnel, la concession, regroupe le plus souvent les membres de la famille élargie. La taille des 724 concessions enquêtées est cependant très variable : la plus petite compte 3 individus et la plus grande en regroupe 170 (figure 4-36). Les concessions sont en moyenne composées de 27 habitants, avec un nombre médian de 21 personnes et des quartiles respectivement à 13 et 35 personnes.

Pour l'analyse qui suit, nous avons découpé les concessions en 3 classes, représentant des unités de petite taille, de taille moyenne et de grande taille. Nous dénommerons concessions de petite taille celles composées d'au plus 12 personnes, concessions de taille moyenne celles comptant de 13 à 49 personnes et grandes concessions celles comptant 50 personnes et plus.

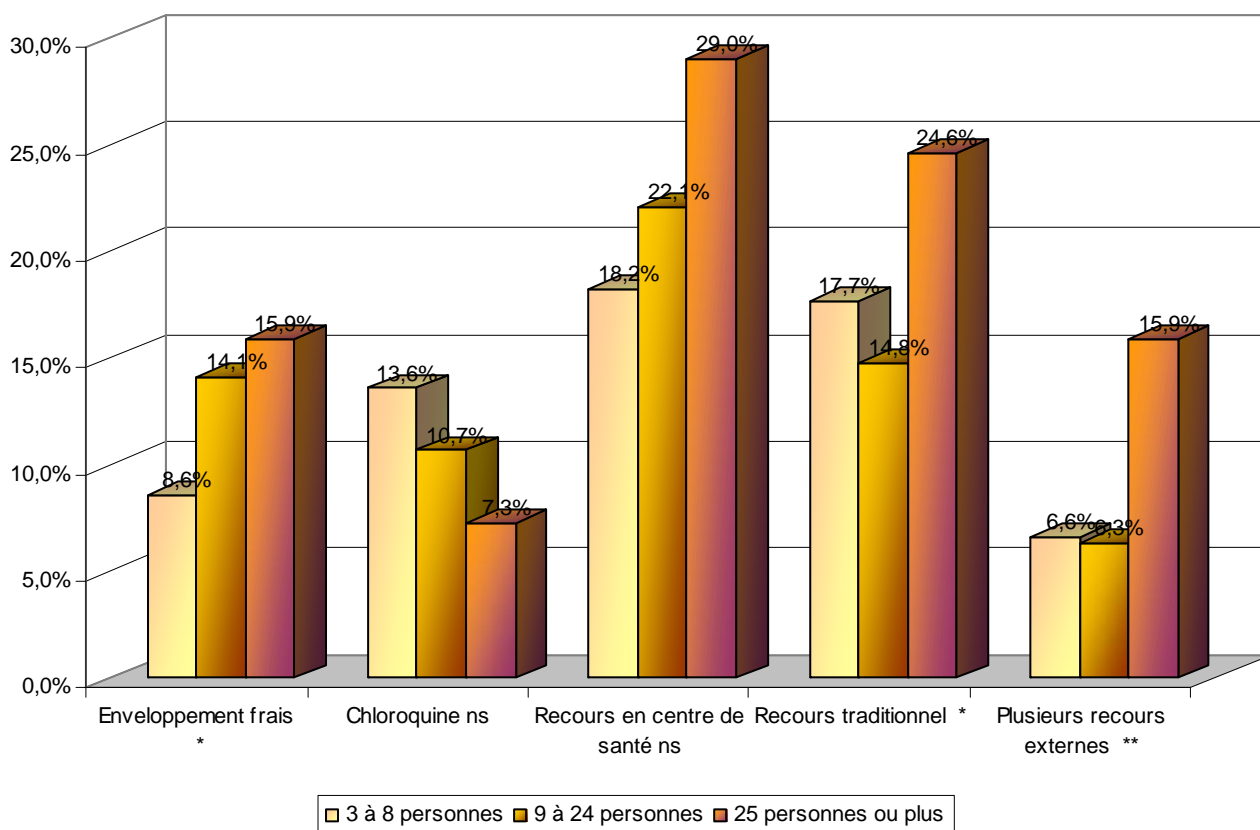
Figure 4- 36 : Répartition des concessions selon le nombre d'habitants (N=868)



La taille des ménages et des concessions exercent une influence similaire sur la pratique des soins à domicile. Ainsi, la consommation de chloroquine diminue régulièrement avec la taille de la concession (figure 4-38) et, en l'absence de relations statistiquement significatives, avec la taille du ménage (figure 4-37). Ce résultat s'explique principalement par des différences de stratégies de planification pour la prise en charge des épisodes morbides : la chloroquine est nettement moins souvent stockée à domicile dans les grandes unités domestiques, qui tendent plutôt à anticiper les dépenses de santé en dégagant un budget spécifique (tableau annexe 4-68).

L'utilisation de l'enveloppement frais est en outre à la fois significativement moindre dans les petits ménages et plus importante dans les grandes concessions : cette tendance croisée semble mettre en évidence l'influence de la densité du réseau familial sur l'exposition à cette pratique, surtout véhiculée par des relais locaux.

Figure 4- 37 : Pratiques thérapeutiques selon la taille du ménage : le ménage comprend de 3 à 8 personnes (N=198), de 9 à 24 personnes (N=601) ou 25 personnes et plus (N=69)



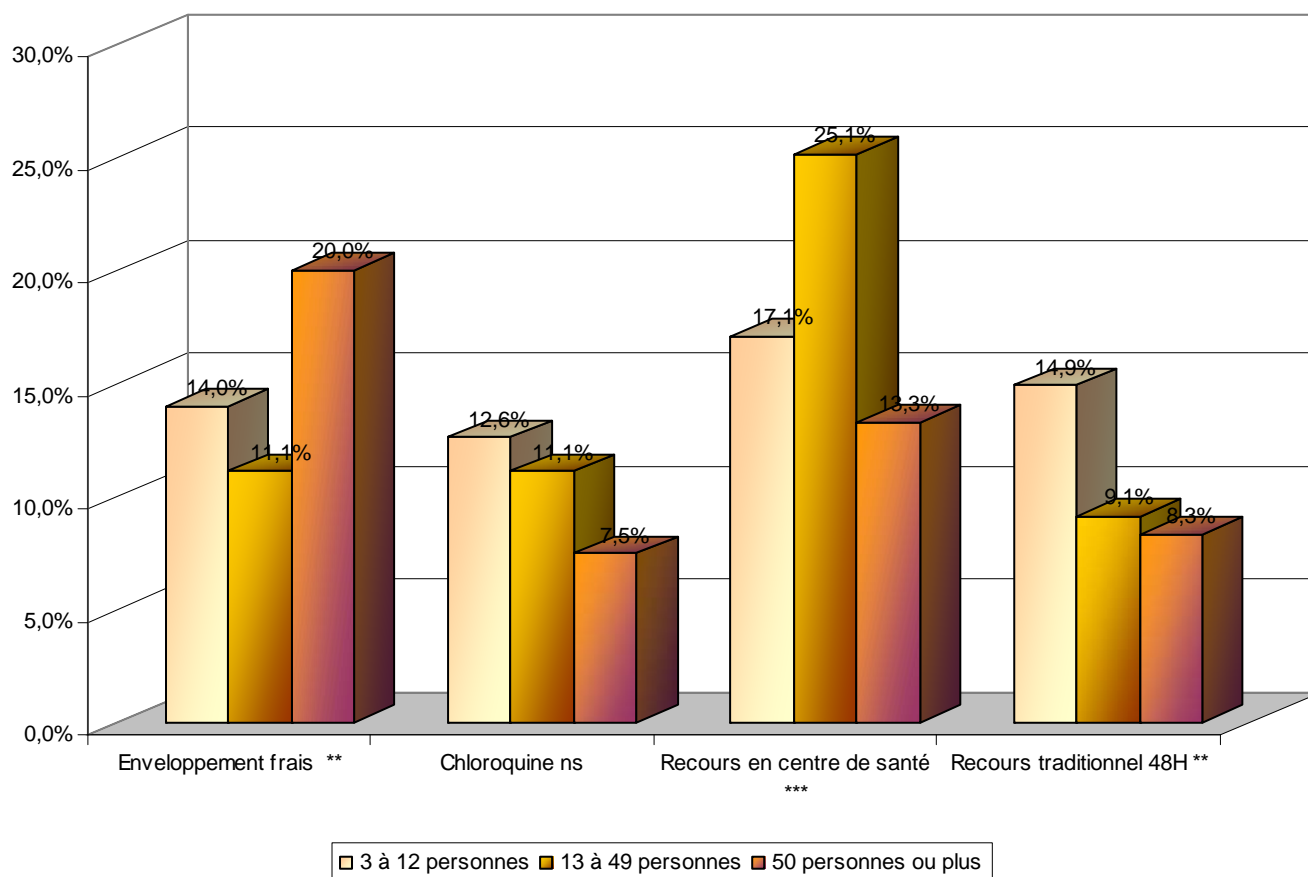
*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

L'influence de la taille des ménages et de la taille de la concession sur les recours externes est sensiblement différente. Les grands ménages se caractérisent ainsi par une plus forte propension à réaliser des recours externes : ils mettent en œuvre 2,5 fois plus souvent plusieurs recours externes consécutifs, fréquentent plus les thérapeutes traditionnels et, en l'absence de relation statistiquement significative, consultent plus souvent en structure sanitaire (figure 4-37).

On observe en revanche une influence non linéaire de la taille de la concession, avec des paliers marqués par de fortes variations. Les enfants habitant une concession de taille moyenne consultent en effet 1,5 fois plus en structure sanitaire que ceux habitant une petite concession et 1,9 fois plus que ceux habitant dans une grande concession (figure 4-38).

Pour les concessions de petite taille, ce résultat s'explique principalement par une plus forte propension à consulter un thérapeute traditionnel, dès le début de la maladie (figure 4-38). Dans les grandes concessions, la moindre propension à fréquenter les structures sanitaires s'inscrit dans le cadre d'une tendance à développer une activité thérapeutique plus importante et très diversifiée : ainsi, malgré l'absence de relations statistiquement significatives, les grandes concessions sont celles qui pratiquent le plus un ou plusieurs soins à domicile et mettent le plus en œuvre plusieurs recours externes successifs (tableau annexe 4.69).

Figure 4- 38 : Pratiques thérapeutiques selon la taille de la concession : la concession comprend de 3 à 12 personnes (N=222), de 13 à 49 personnes (N=558) ou 50 personnes et plus (N=120)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

Les modalités de prise de décision thérapeutique varient en fonction de la taille des ménages. Ainsi, la part des décisions prises en concertation diminue de manière linéaire avec la taille du ménage : les soins à domicile comme les recours externes sont nettement plus souvent décidés seuls dans les grands ménages ; les personnes extérieures au couple parental sont plus fréquemment impliquées dans les décisions thérapeutiques dans les grands ménages, et l'implication du père est plus rare (tableau 4-13). Cette tendance a pour effet de réduire le délai de mise en œuvre des recours externes : les grandes concessions se caractérisent par la mise en œuvre rapide d'un recours en structure sanitaire, 1,6 jours (n=14) contre 2,7 jours (n=122) pour les concessions de taille moyenne ($t < 0,01$).

Tableau 4- 13 : Caractéristiques de la prise en charge thérapeutique de l'enfant malade selon le nombre d'habitant du ménage

	Décision seule SAD1		Décision seule RE1		Autres participant décision RE1		Père participe décision RE1	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Nombre d'habitants du ménage	**	789	Ns	281	*	281	*	281
Moins de 9 personnes	51,3	180	25,8	62	24,2	62	66,1	62
9 à 24 personnes	58,8	544	30,4	191	33,0	191	59,2	191
25 à 47 personnes	66,2	65	35,7	28	50,0	28	39,3	28

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

L'interprétation de l'effet de la taille du ménage et de la concession est complexe. Les associations observées décrivent un lien entre la taille de la cellule familiale et le cadre de perception de la maladie d'une part, et les modalités de prise en charge de la maladie d'autre part. Dans un petit ménage, la maladie de l'enfant est rapidement perceptible, mais la mise en œuvre du recours externe pose problème : le faible nombre d'adultes renforce l'interdépendance de chacun ; la perte de temps pour emmener l'enfant en consultation est plus pénalisante que dans les ménages plus larges, où d'autres adultes peuvent aider à l'accomplissement des tâches domestiques contingentes d'entretien, de garde des enfants, de travaux champêtres, d'approvisionnement en eau ou de préparation des repas. De fait, les petits ménages, plus sensibles aux difficultés de mise en œuvre des soins, se caractérisent par un modèle décisionnel plus collégial : les décisions sont prises en concertation, avec une plus forte implication du père, sans que l'action de la mère ne varie.

Le contexte est très différent dans un grand ménage ou dans une concession comptant plusieurs dizaines d'habitants. Les contraintes logistiques y sont moindres, ce qui favorise un recours plus rapide ; en revanche, la cohabitation d'un nombre plus important d'enfants favorise la perception comme intense de la pression morbide (tableau 4-14).

Tableau 4- 14 : Répartition des ménages et des concessions selon leur taille et leur caractéristiques économiques

	Ménages pauvres	N	Morbidité perçue forte	N
Total d'habitants du ménage	***	860	**	868
Moins de 9 personnes	60,8	194	20,2	198
9 à 24 personnes	32,8	598	27,8	601
25 à 47 personnes	10,3	68	37,7	69
Total d'habitants de la concession	***	891	***	900
Moins de 13 personnes	57,3	218	18,5	222
13 à 49 personnes	34,6	555	28,7	558
50 à 170 personnes	17,8	118	32,5	120

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

L'intensité de l'activité thérapeutique semble également augmenter avec la taille de l'entourage familial : cette influence des réseaux familiaux rejoint l'idée que « plus la famille est étendue, plus il y a de combinaison de remèdes et traitements" (Ouedraogo, 1999, p.54). En outre, les unités domestiques de tailles différentes s'opposent sur le plan économique : on compte six fois plus de ménages pauvres parmi les ménages de petite taille que dans les ménages de grande taille et quatre fois plus de pauvres dans les petites concessions que dans les grandes (tableau 4-14). De manière cohérente avec ces données, on constate que dans le cadre de l'épisode morbide enquêté, la mobilisation de fonds est plus problématique dans les petites unités domestiques : la somme moyenne mobilisée pour le premier recours en structure sanitaire dans les petites concessions est significativement inférieure à celle levée dans les autres, 970 Francs CFA (n=32) contre 1685 Francs CFA (n=116) dans les concessions de taille moyenne ($t < 0,05$) et en première instance, plus de 20 % (n=66) des recours externes sont tentés sans argent dans les petites concessions, contre moins de 10 % (n=216) dans les autres ($p < 0,01$).

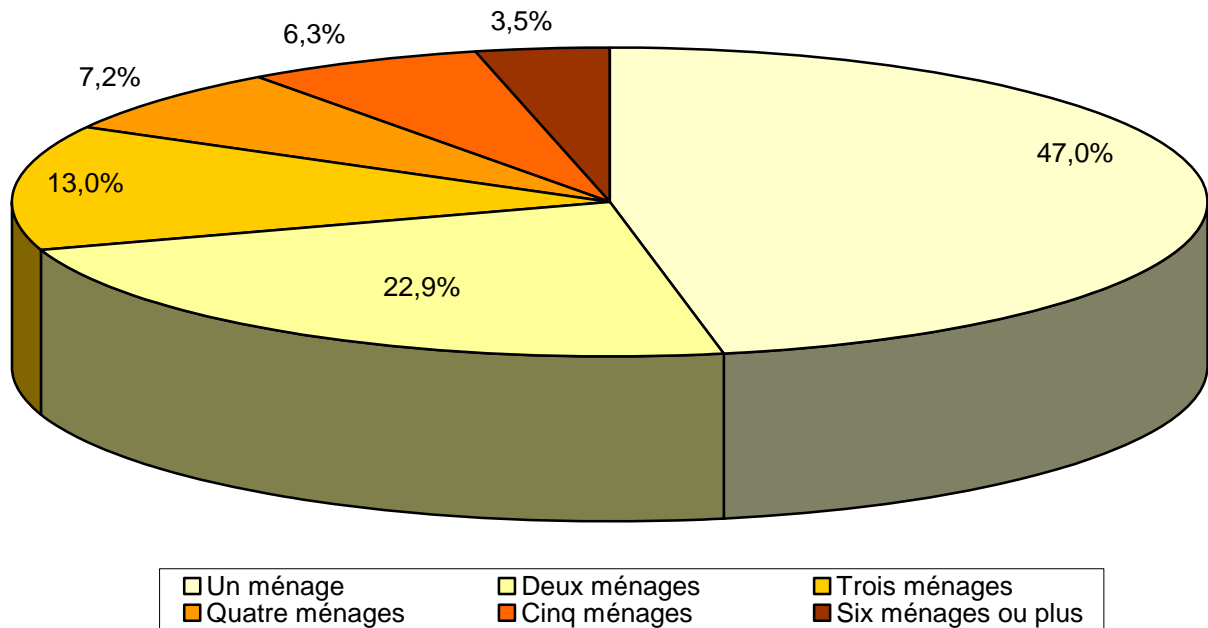
4.5.2 Le nombre de ménages dans la concession

Pour rendre pleinement compte de la notion de structure des unités domestiques, l'analyse en terme de taille des ménages ou des concessions doit être complétée par l'étude du nombre et du statut des ménages composant la concession. A Niakhar, les concessions comptent fréquemment plusieurs ménages, selon des structures d'habitat complexes et variées. Les ménages coexistant au sein d'une même concession constituent, en théorie, plusieurs unités indépendantes sur le plan économique : en dépit de la complexité des systèmes de gestion des richesses, il nous semble possible de considérer que chaque ménage est autonome pour gérer les dépenses de santé.

Dans ce cadre, nous formulons l'hypothèse que la présence de plusieurs ménages dans une même concession constitue une potentialité d'aide ponctuelle pour faire face à la maladie d'un enfant. Nous pensons que l'association d'unités de production et de consommation indépendantes au sein de la même entité favorise la mise en œuvre de recours externes, en particulier biomédicaux : lors d'un épisode morbide devenant subitement grave, la présence d'un ménage collatéral peut favoriser la mobilisation de fonds pour payer une consultation ou faciliter le transport vers une structure sanitaire. Nous supposons en outre que dans les concessions pluricellulaires, le statut du ménage est significativement associé aux pratiques thérapeutiques : bénéficiant d'une meilleure assise économique et sociale, le ménage dirigé par le chef de concession met plus facilement en œuvre des recours externes.

Notre échantillon d'enquête compte 902 ménages, appartenant à 724 concessions : dans 128 concessions, plusieurs enfants rattachés à des ménages différents ont été enquêtés, pour une moyenne de 1,25 enfants enquêtés par concession. Près de la moitié des enfants retenus dans notre échantillon d'enquête habite dans des concessions composées d'un seul ménage, plus de 20 % des enfants habitent dans des concessions bicéphales et 10 % dans des concessions comptant au moins 5 ménages, avec un maximum de 9 ménages dans une concession (figure 4-39). Parmi les ménages issus de concession pluricellulaires (n=478), près de 40 % sont rattachés au ménage du chef de concession et environ 60 % sont des ménages secondaires.

Figure 4- 39 : Répartition des ménages selon le nombre de ménages dans la concession d'habitat (N=902)



Les associations entre le nombre de ménages au sein de la concession et les pratiques thérapeutiques sont relativement limitées. Les effets observés concernent principalement l'activité thérapeutique : les concessions pluricellulaires pratiquent plus souvent au moins un soin à domicile et réalisent 1,7 fois plus fréquemment plusieurs recours externes différents (tableau annexe 4.69). Le nombre de ménages dans la concession influence également la consommation de chloroquine, 1,5 fois plus forte dans les concessions unicellulaires.

Dans la mesure où les pratiques thérapeutiques des concessions unicellulaires ne se distinguent pas profondément de celles mises en œuvre dans les concessions pluricellulaires, nous avons dissocié, au sein des concessions comptant plusieurs ménages, les concessions comptant deux à trois ménages et celles comptant au moins quatre ménages. Dans ce découpage, les associations observées recoupent celles faites au niveau de la taille des unités domestiques : dans les concessions comptant au moins quatre ménages, on privilégie nettement l'enveloppement frais, mais la consommation de chloroquine est 1,9 fois moindre que dans les concessions unicellulaires (tableau annexe 5.66).

Au niveau des recours externes, on retrouve également la logique d'effets de seuils observée pour la taille de la concession : en l'absence de relations significatives, les enfants de concessions comptant deux ou trois ménages consultent à la fois plus en structure sanitaire que ceux issus de concessions unicellulaires et que ceux vivant dans une concession à quatre ménages et plus (tableau annexe 4.67). En outre, les concessions comptant au moins quatre ménages observent un délai au premier recours biomédical significativement inférieur à celui des concessions unicellulaires ou composées de deux à trois ménages ($t < 0,05$).

Dans les concessions pluricellulaires, le statut du ménage influence fortement les comportements de recours aux soins. Ainsi, le ménage dirigé par le chef de concession réalise 1,4 fois plus de consultations en structure sanitaire et 1,5 fois plus recours auprès de thérapeutes traditionnels que les enfants de ménages secondaires (tableau annexe 4.67). Ces effets sont spécifiquement liés aux distinctions au sein des concessions pluricellulaires et disparaissent dès lors qu'on assimile les concessions unicellulaires aux ménages dominants des concessions pluricellulaires (tableau annexe 4.67). La tendance des ménages dominants à réaliser plus de recours externes, en structure sanitaire comme auprès des thérapeutes traditionnels, renvoie à deux mécanismes différents. D'une part, la propension à recourir en structure sanitaire peut s'expliquer par des facteurs économiques : les ménages placés sous l'autorité du chef de concession sont 1,7 fois moins souvent « pauvres » que les autres (tableau annexe 4.71). D'autre part, le chef de concession incarne l'icône de gardien de la tradition : sa fonction de responsable familial peut en partie expliquer un fort intérêt pour les thérapeutes traditionnels.

4.5.3 La structure par sexe et par âge du ménage

Dans le prolongement de l'étude de la taille des unités domestiques et du nombre de ménages au sein de la concession, notre analyse de la morphologie de l'habitat s'appuie sur la composition par âge et par sexe du ménage¹²⁶. Nous formulons ici deux hypothèses : d'une part, au regard de la répartition traditionnelle des champs d'activité, nous pensons que le rapport de masculinité est susceptible d'influencer les pratiques thérapeutiques, la forte présence de femmes étant associée à une pratique plus intense de soins à domicile et de recours traditionnels.

¹²⁶ La structure par sexe et par âge des ménages est renseignée pour plus de 96 % des épisodes morbides enquêtés (n=902)

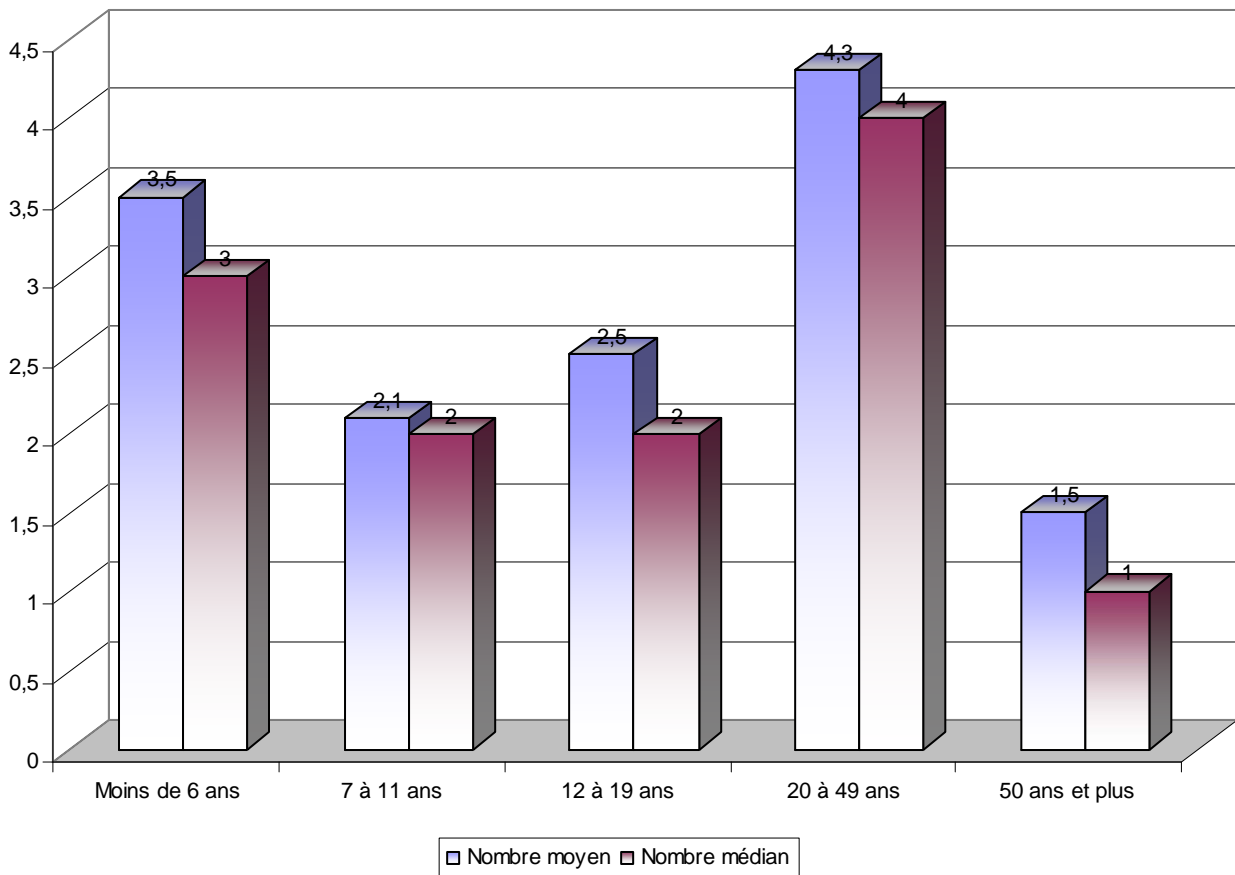
Nous considérons d'autre part que la structure par âge du ménage détermine les comportements thérapeutiques, notamment en fonction du rapport entre le nombre d'adultes susceptibles de participer à la prise en charge de la maladie de l'enfant et le nombre d'enfants.

Pour étudier l'influence de la structure par sexe des unités domestiques, nous avons constitué des indicateurs rapportant le nombre de femmes au nombre d'hommes : le rapport de masculinité ainsi défini, prenant en compte l'ensemble des habitants ou seulement les classes d'âge adultes, au sein du ménage comme au niveau de la concession, n'influence pas les pratiques thérapeutiques.

Pour étudier l'influence de la composition par âge du ménage, nous avons décomposé les habitants en quatre grandes classes d'âge : celle des enfants âgés de moins de 6 ans, celle des jeunes, âgés de 7 à 19 ans, celle des adultes, âgés de 20 à 49 ans, et celle des seniors, âgés de 50 ans et plus. Ce découpage des âges est raisonné au regard de plusieurs critères. Les enfants de moins de 6 ans constituent, d'une part, la classe la plus exposée à la morbidité et à la mortalité palustre et, d'autre part, un groupe entièrement à la charge du ménage. Les individus âgés de 7 à 11 ans et ceux âgés de 12 à 19 forment deux classes d'âges moins fortement exposées aux conséquences du paludisme et par ailleurs en mesure d'apporter une aide directe pour l'accomplissement des multiples tâches domestiques ou agricoles. La classe des adultes âgés de 20 à 49 ans regroupe *grosso modo* les personnes dites actives, en charge de la responsabilité de subvenir aux besoins du ménage. Enfin, les seniors, âgés d'au moins 50 ans, bénéficient d'un statut prestigieux et privilégié, directement associé au statut de grand parent.

En raison de la structure par âge très jeune de la population, les ménages comptent en moyenne 3,5 enfants âgés de moins de 6 ans, près de 65 % en comptant de 2 à 5 (figure 4-40 et tableau annexe 4.72). Les ménages comptent en moyenne 2,1 jeunes âgés de 7 à 11 ans et 2,5 jeunes âgés de 12 à 19 ans : de fait, la majorité des ménages est composée de trois à six jeunes âgés de 7 à 19 ans. Un ménage est en moyenne composé de plus de 4 adultes âgés de 20 à 49 ans et de 1,5 adultes âgés de plus de 50 ans, mais 45 % des ménages comptent moins de 4 adultes et 60 % moins de deux personnes de plus de 50 ans (figure 4-40 et tableau annexe 4.72).

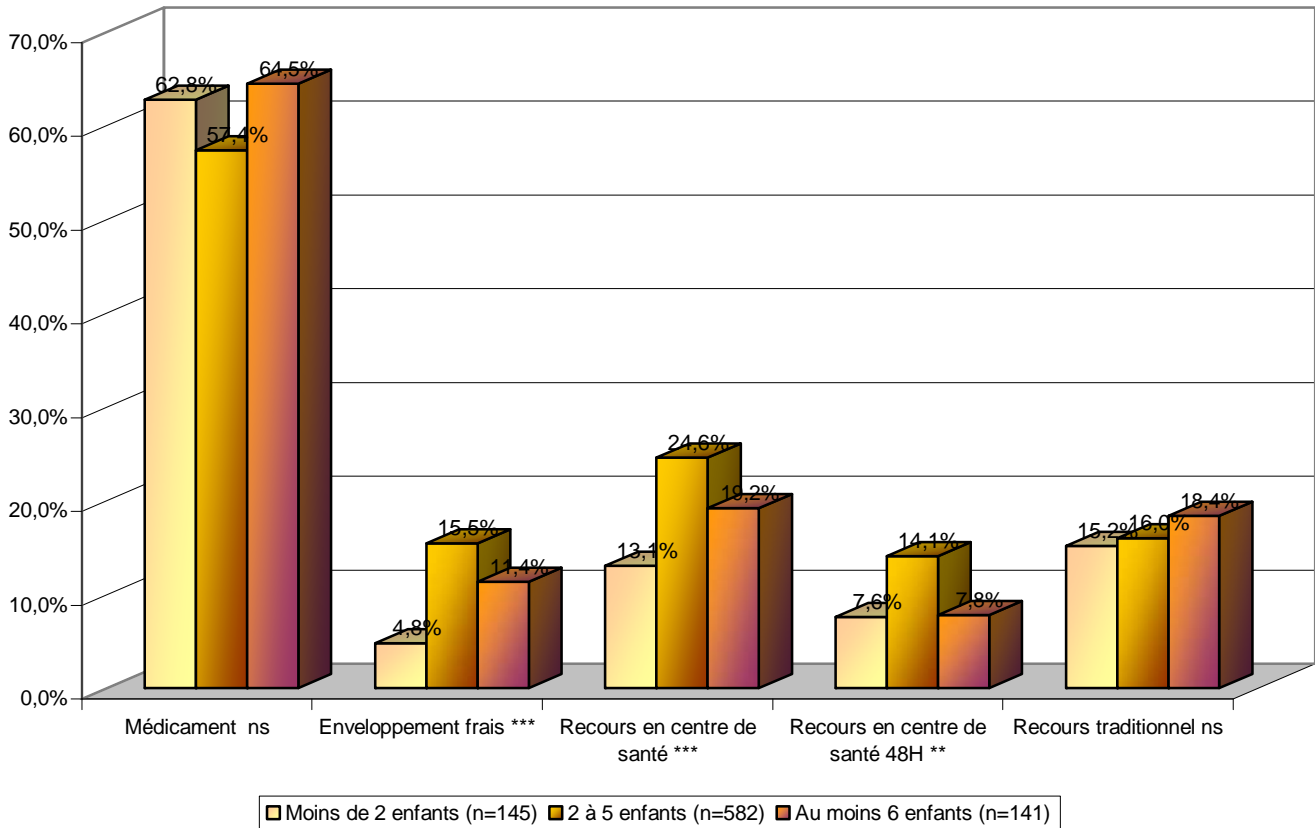
Figure 4- 40 : Nombres moyens et médians d'habitants des ménages pour cinq classes d'âge (n=868)



Dans une première approche, notre analyse de l'influence de la structure par âge du ménage sur les comportements de recours aux soins est articulée autour de l'étude indépendante des effets de la composition de la classe d'âge des plus exposés, les enfants âgés de 0 à 6 ans non révolus, et des adultes en charge de la santé des enfants, les personnes âgées d'au moins 20 ans.

Au regard des soins de type biomédicaux, l'influence du nombre d'enfants âgés de moins de 6 ans sur les pratiques thérapeutiques s'inscrit dans une logique d'effets de seuils : les ménages comptant de deux à cinq enfants ont des pratiques thérapeutiques relativement spécifiques à la fois par rapport aux ménages comptant moins de deux enfants et par rapport à ceux en comptant plus de cinq (figure 4-41).

Figure 4- 41 : Pratiques thérapeutiques selon le nombre d'enfants âgés de moins de 6 ans révolus dans le ménage : le ménage comprend moins de 2 enfants, de 2 à 5 enfants ou au moins 6 enfants

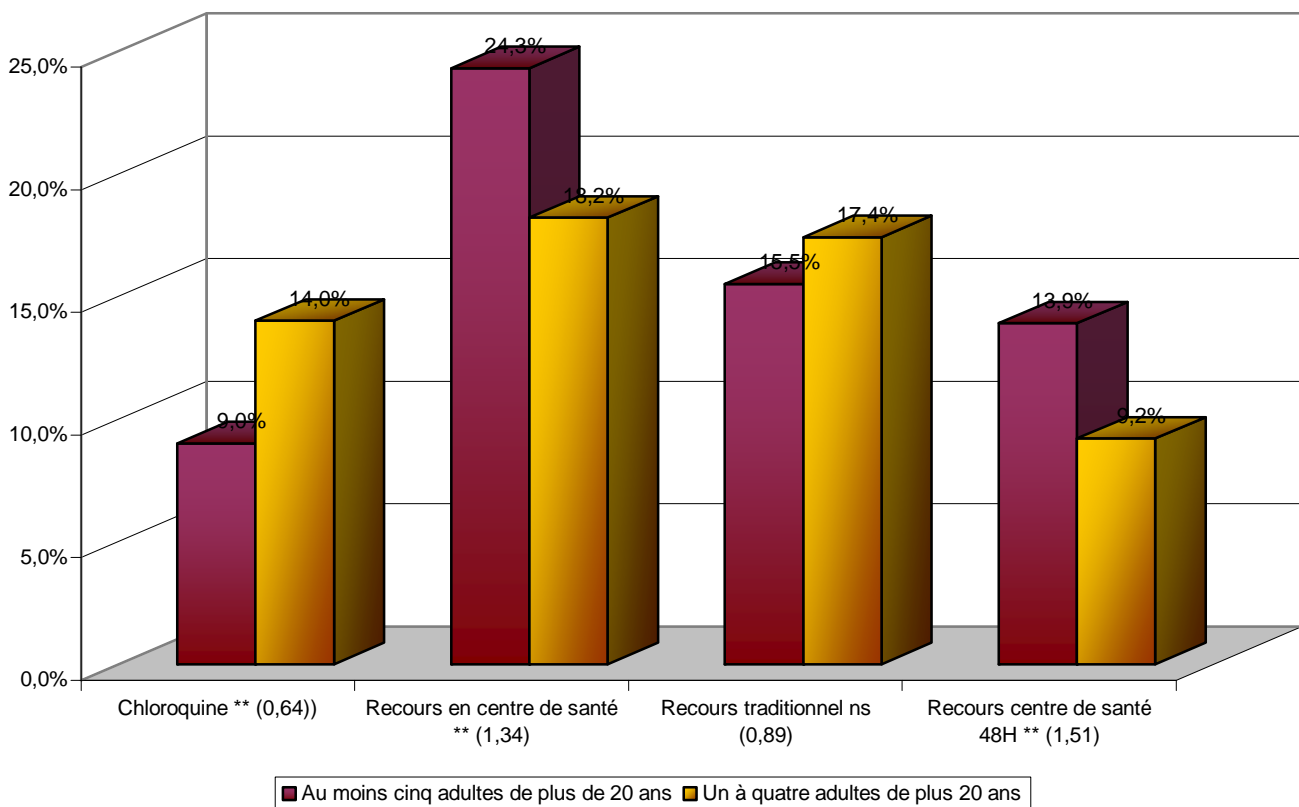


*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

Les ménages composés de deux à cinq enfants pratiquent ainsi nettement plus souvent des soins par enveloppement frais. Ils réalisent respectivement 1,9 fois et 1,3 fois plus de recours en structure sanitaire que les ménages comptant peu et beaucoup d'enfant, tout en consommant moins de médicaments dans le cadre des soins à domicile. Les ménages composés de deux à cinq enfants de moins de 6 ans privilégient spécifiquement les recours biomédicaux : ils ne fréquentent pas plus les guérisseurs traditionnels et, en première instance, les recours biomédicaux représentent 64 % des recours externes contre 50 % dans les autres ménages ($p < 0,05$). Ils consultent en outre plus rapidement en structure sanitaire, avec 1,9 fois plus de consultations en structure sanitaire dans les premières heures de maladie (figure 4-41). Indépendamment du nombre d'adultes qui en a la charge, le nombre d'enfant présents dans le ménage a une influence sur le potentiel thérapeutique mobilisable : conformément à la littérature, ces résultats montrent que la présence d'un grand nombre d'enfants impose une forme de sélection dans la gestion des nombreux épisodes morbides tendant à limiter la propension à consulter en structure sanitaire (Tabutin, 1999).

Pour l'étude de l'influence du nombre d'adultes âgés d'au moins 20 ans, représentant les personnes susceptibles d'être partie prenante de la prise en charge de la maladie de l'enfant, nous avons opposé les ménages composés au plus de 4 adultes et ceux en comptant au moins 4. Le nombre d'adultes exerce une influence linéaire sur les comportements de recours aux soins. Ainsi, dans un ménage comptant moins de 5 adultes, les enfants consomment 1,6 fois plus de chloroquine dans le cadre des soins à domicile, avec une meilleure observance des règles de posologie (tableau annexe 4.87). En revanche, ils consultent 1,3 fois moins souvent en structure sanitaire, dont 1,5 fois moins dans les premières 48 heures, tout en fréquentant autant les thérapeutes traditionnels (figure 4-42). Dans la même perspective, lorsque le ménage compte au maximum un seul homme ou une seule femme de plus de 20 ans, la consultation en structure sanitaire est 1,5 fois moins fréquente (tableau annexe 4.74). Par ailleurs, à l'encontre de l'idée associant les personnes âgées à une attitude traditionnelle, la présence de plusieurs seniors dans le ménage favorise surtout la réalisation de recours biomédicaux, avec notamment 1,5 fois plus de recours biomédicaux dans les 48 premières heures de maladie (tableau annexe 4.74).

Figure 4- 42 : Pratiques thérapeutiques selon le nombre d'adultes âgés de 20 ans et plus : le ménage comprend moins de 5 adultes (N=357) ou cinq adultes et plus (N=511)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

La composition par âge et par sexe du ménage influence également les conditions de prise en charge de l'enfant malade, en particulier au niveau de la prise de décision. Ainsi, dans les ménages comptant moins de deux hommes adultes ou moins de deux femmes de plus de 20 ans, les décisions des soins à domicile sont plus souvent prises sans concertation. Par ailleurs, dans les concessions comptant au moins cinq adultes, les personnes extérieures au couple parental prennent plus souvent l'initiative des soins : elles proposent près de 25 % du premier recours externe, soit 1,8 fois plus que dans les autres ménages (tableau 4-15). Dans ces ménages, la plus forte implication des personnes extérieures au couple parental correspond surtout à une moindre participation de la mère de l'enfant aux décisions thérapeutiques.

Tableau 4- 15 : Caractéristiques de la prise en charge de l'enfant malade en fonction du nombre d'adultes, hommes et femmes, dans le ménage

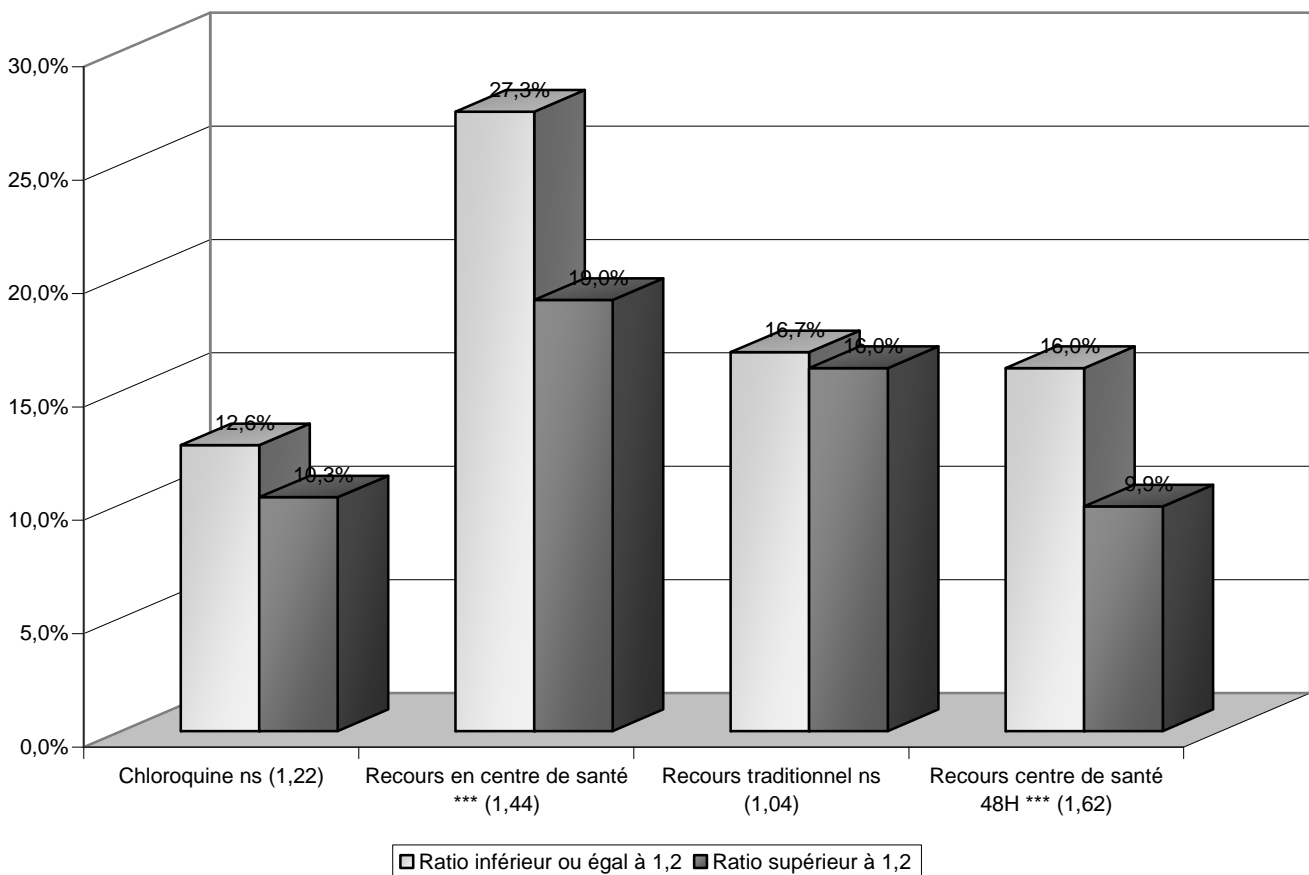
	Décision seule SAD1		Autres proposent RE1		Autres participent décision RE1		Mère participe décision RE1	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Nombre d'hommes de plus de 20 ans	**	789	*	281	**	281	Ns	281
0 à 1 homme	61,8	199	11,5	61	19,7	61	88,5	61
Au moins deux hommes	52,0	590	21,4	220	36,4	220	86,8	220
Nombre de femmes de plus de 20 ans	Ns	789	**	281	Ns	281	*	281
0 à 1 femme	58,5	118	3,0	33	24,2	33	97,0	33
Au moins deux femmes	53,8	671	21,4	248	33,9	248	85,9	248
Nombre d'adultes de plus de 20 ans	Ns	789	**	281	***	281	**	281
1 à 4 adultes	54,6	319	12,8	109	22,9	109	92,7	109
Au moins 5 adultes	54,5	470	23,3	172	39,0	172	83,7	172

*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 %

L'étude de l'influence de la composition de chaque classe d'âge sur les pratiques thérapeutiques met en évidence des relations complexes : les interactions ne sont pas homogènes pour toutes les classes d'âges, avec des effets de seuils aux jeunes âges et un impact linéaire pour les âges adultes. Afin de dégager une vision d'ensemble de l'influence de la composition des différentes classes d'âge sur les pratiques thérapeutiques, il est nécessaire d'appréhender le ménage comme un tout composé de la somme de ses parties : nous avons construit un ratio évaluant le rapport entre les « dépendants », qui sont également les plus exposés aux maladies, et les « actifs », où tout du moins les personnes susceptibles d'être actives au cours de la quête thérapeutique.

Le ratio entre les moins de 20 ans et les personnes âgées de 20 ans et plus est fortement associé à la pratique de soins de type biomédicaux, sur la base d'une opposition entre les ménages avec un ratio inférieur ou égal à 1,2 et ceux avec un ratio supérieur à 1,2. Dans les ménages comptant une proportion peu importante d'enfants au regard du nombre d'adultes, la propension à consulter en structure sanitaire est 1,4 fois plus forte, 1,6 fois pour les 48 premières heures de maladie (figure 4-43). De plus, en l'absence de relations statistiquement significatives, les ménages avec un ratio entre le nombre de jeunes et le nombre d'adultes inférieur à 1,2 consomment 1,2 fois plus de chloroquine.

Figure 4- 43 : Pratiques thérapeutiques selon le nombre de personnes de moins de 20 ans et le nombre de personnes âgées de 20 ans et plus dans le ménage : le ratio est inférieur ou égal à 1,2 (N=293) ou le ratio est supérieur à 1,2 (N=575)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

L'étude indépendante du nombre d'enfants et du nombre d'adultes présents dans le ménage met en évidence des effets significatifs sur le volume et sur la nature des actes thérapeutiques mis en œuvre. L'équilibre de la structure par âge influence les comportements de recours aux soins : il existe un seuil entre le nombre de jeunes et le nombre d'adultes à partir duquel la bonne prise en charge de la maladie est facilitée. Ces résultats s'expliquent en partie par des facteurs économiques : les ménages avec peu d'adultes et ceux comptant moins de deux enfants de moins de 6 ans sont significativement plus pauvres que les autres (tableau annexe 4.71). Les observations sont également liées à l'influence de la composition du ménage sur la capacité d'action des personnes assurant le suivi de la santé des enfants : l'organisation de la gestion de la maladie et les solutions thérapeutiques envisagées varient en fonction du nombre d'adultes disponibles et du nombre d'enfants en charge. La structure par âge du ménage est associée à des modèles de prise en charge de la maladie et des stratégies thérapeutiques différentes. Ainsi, anticipant la morbidité d'hivernage, les ménages comptant un faible nombre d'adultes stockent plus souvent de la chloroquine (tableau 4-16). En outre, le pouvoir théorique de décision est plus souvent centralisé par le père de l'enfant dans les ménages comptant beaucoup d'enfants ou un nombre important d'adultes rapporté au nombre de jeunes.

Tableau 4- 16 : Propension du ménage à stocker de la chloroquine et à avoir un schéma décisionnel centré sur le père de l'enfant en fonction de la structure par âge du ménage

	Stocke chloroquine	N	Père seul à décider	N
Nombre d'enfants de moins de 6 ans	Ns	866	***	868
Aucun ou un enfant de moins de 6 ans	40,3	144	29,7	145
Deux à cinq enfant de moins de 6 ans	43,5	582	42,6	582
Plus de cinq enfants de moins de 6 ans	45,0	140	48,9	141
Nombre d'adultes de 20 ans et plus	*	866	Ns	868
Un à quatre adultes de plus 20 ans	46,6	356	42,6	357
Au moins cinq adultes de plus de 20 ans	40,8	510	40,7	511
Ratio Moins de 20 ans / 20 ans et plus	Ns	866	**	868
Inférieur ou égal à 1,2	39,6	293	36,2	293
Supérieur à 1,2	45,0	573	44,2	575

4.5.4 La nature de la composition du ménage

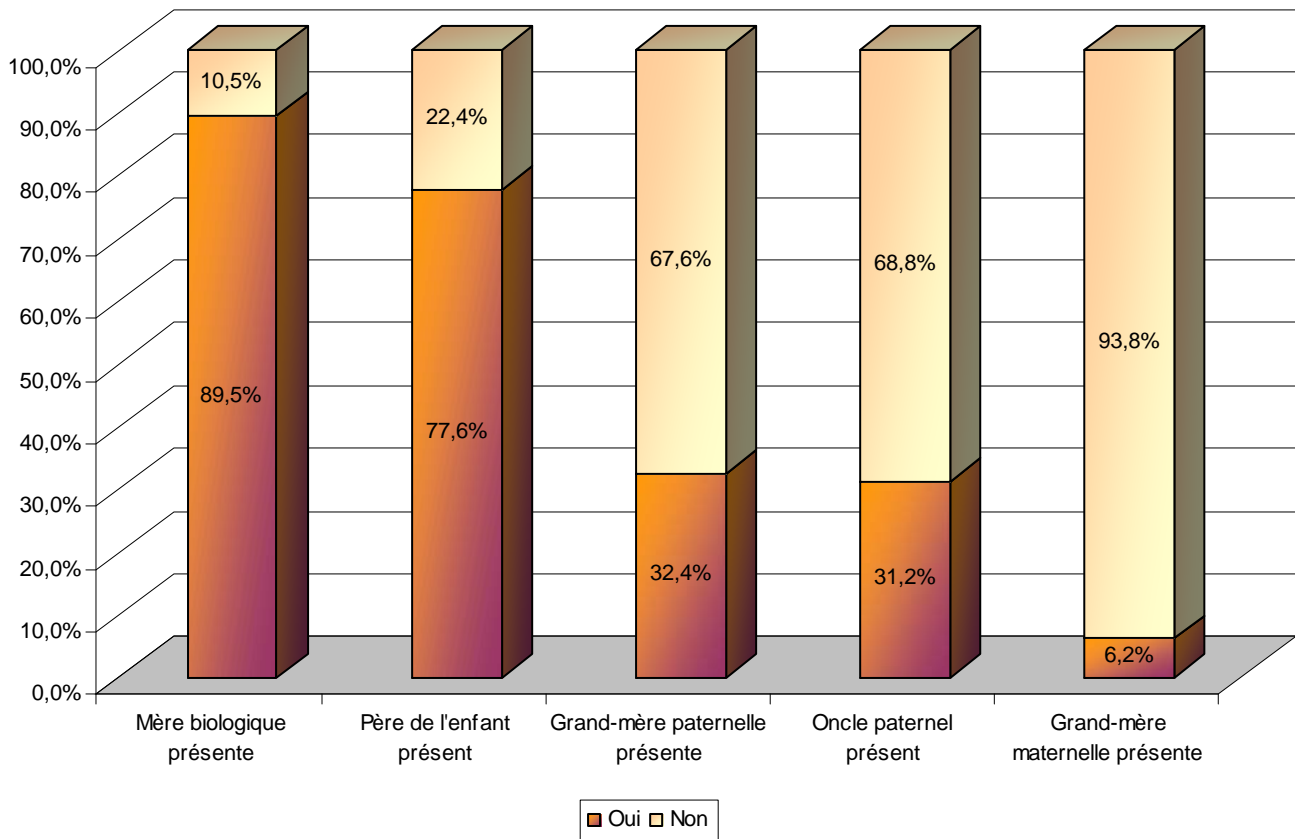
En complément des analyses précédentes, notre étude de la morphologie de la cellule familiale s'intéresse à la nature des relations statutaires entre les membres du ménage. Le plus souvent, ce type d'étude s'appuie sur une typologie distinguant les ménages de structure simple, latérale ou pluri générationnelle. Or, la réflexion en terme de forme de la composition du ménage, avec la présence d'ascendants ou de collatéraux, ne qualifie pas précisément la nature des liens entre les membres du ménage : en matière de recours aux soins, la présence d'une grand-mère, d'un grand-père, d'un oncle ou d'une tante renvoie à des situations sensiblement différentes.

Sur la base de la littérature, de nos observations *in situ* et de nos premiers résultats descriptifs, il nous a donc semblé pertinent de privilégier une approche basée sur l'étude de la présence de personnes clés de la parenté de l'enfant : la mère biologique de l'enfant, son père, sa grand-mère maternelle, sa grand-mère paternelle, ses oncles paternels et la ou les co-épouses de sa mère.

Ainsi définie, notre approche vise, d'une manière générale, à évaluer les implications de la composition de la cellule familiale et à déterminer l'influence des modes résidentiels, dans un environnement où l'habitat traditionnel est virilocal et élargi ; spécifiquement, nous chercherons à vérifier l'influence du rôle de la belle-mère, l'incidence de la pratique des enfants confiés et les effets de la cohabitation des coépouses.

Près de 10 % des enfants ne vivent pas avec leur mère biologique et plus de 20 % ne vivent pas de manière permanente avec leur père. Plus de 30 % des enfants enquêtés vivent avec leur grand-mère paternelle ou leur(s) oncle(s) paternel(s) et 6 % avec leur grand-mère maternelle (figure 4-44).

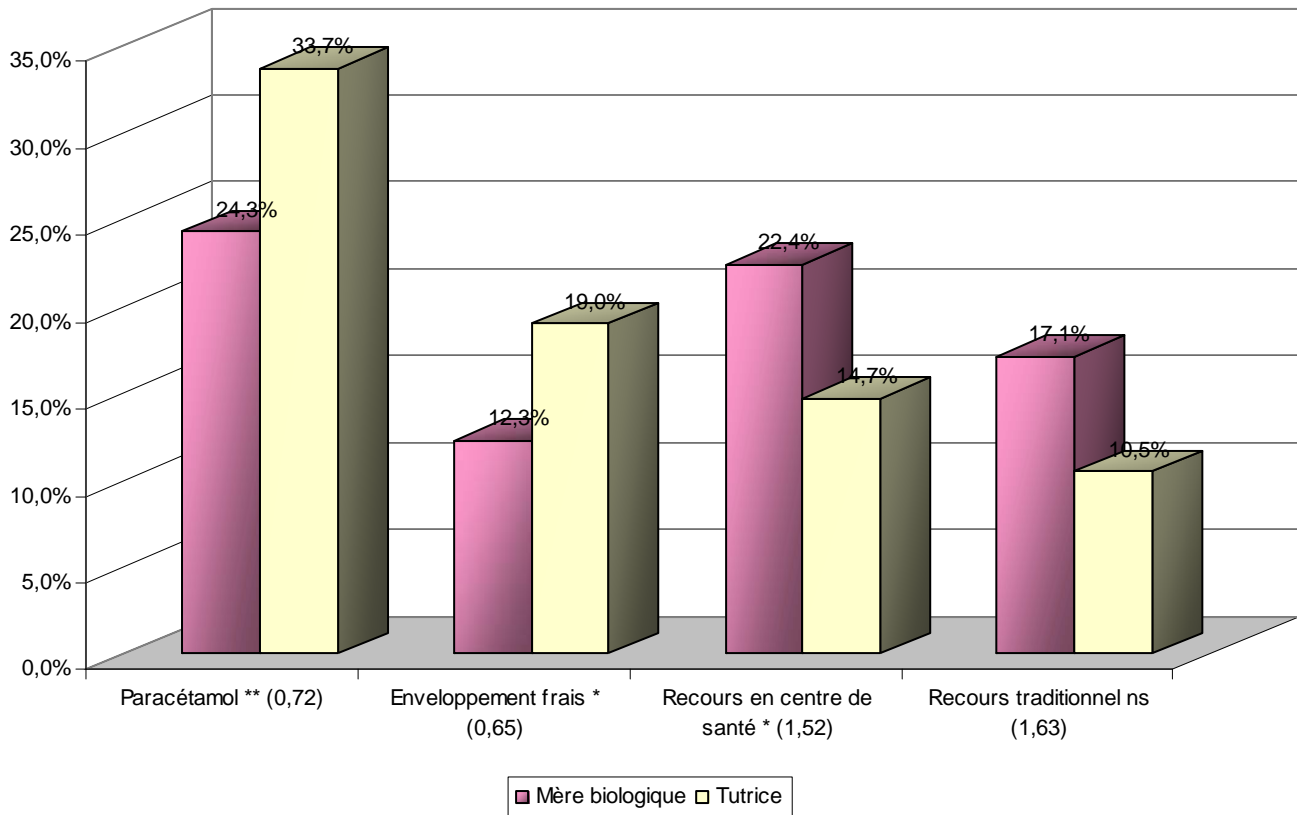
Figure 4- 44 : Répartition des ménages selon la présence effective et permanente de la mère biologique (N=902), du père biologique de l'enfant (N=894), de la grand-mère paternelle de l'enfant (N=894), de l'oncle paternel de l'enfant (N=894) et de la grand-mère maternelle de l'enfant (N=894)



Les enfants confiés à la responsabilité d'une tutrice se singularisent par une tendance à ingérer plus de médicaments dans le cadre des soins à domicile, avec notamment 1,4 fois plus de paracétamol (figure 4-45) ; en l'absence de relation significative, ils semblent en revanche consommer moins de chloroquine (tableau annexe 4.75).

Les enfants confiés reçoivent en outre plus de soins par enveloppement frais, mais réalisent moins de recours externe : ils consultent 1,5 fois moins souvent en structure sanitaire et, en l'absence de relations significatives, fréquentent également moins les thérapeutes traditionnels (figure 4-45). Les mères biologiques ne consultent cependant pas plus rapidement, indépendamment de la filière thérapeutique (tableau annexe 4.76).

Figure 4- 45 : Pratiques thérapeutiques selon la présence de la mère biologique : l'enfant vit avec sa mère biologique (N=807) ou non (N=95)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

Ces résultats s'expliquent en partie par l'influence du statut de la personne en charge de l'enfant sur les conditions de prise en charge de la maladie de l'enfant. Les tuteurs sont ainsi bien plus impliqués dans la conception des soins que les mères biologiques : elles bénéficient d'une marge d'autonomie nettement supérieure. Les tuteurs proposent ainsi plus de 90 % du premier recours externe, soit 1,9 fois plus que les mères biologiques ; elles décident également 1,8 fois plus souvent seules du premier recours externe (tableau 4-17). Lorsque l'enfant ne vit pas avec sa mère biologique, le père ou le tuteur est 2,2 fois moins impliqué dans les décisions thérapeutiques : il finance 3,3 fois moins le premier recours externe, qui est 1,7 fois plus souvent pris en charge par les tuteurs que par les mères biologiques. En outre, en l'absence de relations statistiquement significative, il apparaît que les mères biologiques mobilisent pour le premier recours en structure sanitaire une somme plus importante, 1550 Francs CFA (n=150) que les tuteurs, 1200 Francs (n=11). L'influence marquée de la présence de la mère biologique auprès de l'enfant sur les conditions de prise en charge de la maladie de l'enfant, notamment en terme de répartition des rôles, explique en partie les différences observées au niveau des comportements thérapeutiques.

Tableau 4- 17 : Conditions de prise en charge de l'enfant malade selon qu'il vit avec sa mère biologique ou une tutrice

	Mère propose RE1	RE1 décidé seul	Père participe décision RE1	Mère finance RE1	Père finance RE1	N
Identité de la répondante	***	**	***	**	***	292
Mère biologique	48,2	28,5	61,1	32,2	44,4	270
Tutrice	90,9	50,0	27,3	54,6	13,6	22

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

La présence permanente du père dans le ménage de l'enfant malade influence peu les pratiques thérapeutiques, mais favorise spécifiquement l'ingestion de chloroquine : elle est 1,6 fois plus fréquemment consommée quand le père vit de manière permanente dans la concession (tableau annexe 4.75), mais l'observance des règles de posologie est moins bonne (tableau annexe 4.87). Par ailleurs, le fait que le père habite de manière permanente dans le ménage de son enfant favorise fortement son implication à tous les niveaux de la prise en charge thérapeutique : lorsqu'il vit en permanence avec lui, le père intervient 2,5 fois plus souvent dans la décision du premier recours externe et en prend directement l'initiative 4,2 fois plus souvent (tableau 4-18). Par corollaire, la présence permanente du père de l'enfant induit 1,5 fois plus souvent un schéma décisionnel collectif. En outre, le père est 6,7 fois plus souvent impliqué dans la mise en œuvre du recours externe et le finance 2,1 fois plus fréquemment lorsqu'il vit en permanence dans la concession.

Tableau 4- 18 : Conditions de prise en charge de l'enfant malade selon la présence permanente du père dans la concession

	RE1 décidé seul	Père propose RE1	Père participe décision RE1	Père accompagne RE1	Père finance RE1	N
Présence du père de l'enfant	*	***	***	***	***	289
Oui	26,8	36,4	68,6	19,6	48,6	220
Non	39,1	8,7	27,5	2,9	23,2	69

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

De manière assez surprenante, la présence de co-épouses de la mère de l'enfant dans la concession n'est pas significativement associée aux pratiques thérapeutiques (tableaux annexes 4.75 et 4.76). De manière similaire, la présence d'oncle(s) paternel(s) de l'enfant a peu d'effets sur les pratiques thérapeutiques. La présence d'oncles paternels de l'enfant est cependant corrélée à un schéma décisionnel plus fréquemment basé sur la concertation, pour les soins à domicile et les recours externes, qui favorise légèrement l'administration de médicaments dans le cadre des soins à domicile (tableau annexe 4.75) et, en première instance, oriente le recours externe vers les structures sanitaires (tableau annexe 4.77).

De manière bien plus marquée, la présence d'une grand-mère mère dans la concession modifie profondément les conditions de prise en charge de l'enfant malade : lorsqu'une grand-mère vit dans la concession, le premier recours externe est 1,9 fois plus souvent proposé par des personnes extérieures au couple parental et le schéma décisionnel est 1,4 fois plus souvent collectif (tableau 4-19). Les grand-mères sont également fortement impliquées dans la mise en œuvre des soins : lorsqu'elles sont présentes, les parents de l'enfant accompagnent moins souvent l'enfant en consultation, administrent moins fréquemment les traitements ; la mère finance 1,5 fois moins le coût du recours externe, 4,5 fois plus souvent pris en charge par des personnes extérieures au couples parental (tableau 4-19). Enfin, la présence de la grand-mère paternelle est associée à une moindre tendance à retourner en consultation en structure sanitaire pour le suivi des soins, 34,2 % (n=76) contre 50,0 % (n=120) (p<0,05).

Tableau 4- 19 : Conditions de prise en charge de l'enfant malade selon la présence d'une grand-mère dans la concession

	RE1 décidé seul	Autres proposent RE1	Autres participen t décision RE1	Mère finance RE1	Autres finacent RE1	N
Présence d'une grand-mère	*	***	**	**	***	289
Oui	24,8	26,4	39,5	27,1	22,5	129
Non	33,8	13,8	27,5	39,4	5,0	160

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Cependant, au niveau des pratiques thérapeutiques, les conséquences de la présence d'une grand-mère sont plutôt inattendues. D'une part en effet, la présence d'une grand-mère semble, en l'absence de relations significatives, légèrement favoriser l'ingestion de chloroquine, avec une relation plus nette pour la grand-mère paternelle (tableau annexe 4.75). D'autre part, lorsqu'une grand-mère vit dans la concession de l'enfant, la fréquentation de thérapeutes traditionnels n'est pas modifiée, mais l'enfant consulte 1,3 fois plus souvent en structure sanitaire (tableau annexe 4.76) ; il retourne toutefois moins souvent en structure sanitaire pour le suivi des soins (tableau annexe 4.87). L'influence de la présence d'une grand-mère sur les pratiques thérapeutiques reste cependant assez limitée, avec une différence sensible entre les deux grand-mères : la présence de la grand-mère paternelle est spécifiquement associée à une orientation du premier recours externe vers les structures sanitaires (tableau annexe 4-77) alors que la présence de la grand-mère maternelle favorise 1,9 fois le recours rapide aux thérapeutes traditionnels (tableau annexe 4-76).

4.5.5 Conclusion partielle

Sous l'impulsion de fréquentes recompositions, à Niakhar, les unités d'habitats « évoluent, se modifient et se restructurent » en permanence (Bergeret, 1992, p. 42). Dans cet ensemble très diversifié, le dynamisme démographique et les traditions sociales donnent à chaque ménage et à chaque concession une forme, une taille, une structure et une composition spécifique. En dépit du faible intérêt de la littérature pour les caractéristiques des cellules familiales, nos résultats soulignent avec force les intenses associations entre la morphologie des unités domestiques et les comportements de recours aux soins. La taille des unités domestiques, le nombre de ménages au sein de la concession et la structure par âge du ménage influencent fortement les pratiques thérapeutiques et les conditions de prise en charge de la maladie. Les associations observées expriment plusieurs effets différents : elles sont d'autant plus complexes à interpréter que la composition, la taille et la structure des unités domestiques décrivent des perspectives complémentaires, ayant des effets spécifiques et indépendants sur les comportements de recours aux soins.

L'influence de la morphologie de la cellule familiale sur les pratiques thérapeutiques peut être expliquée, dans une certaine mesure, par l'impact des réseaux : la densité de l'environnement familial garantit des conseils, des appuis, des opportunités abaissant le coût relatif des actes thérapeutiques. Dans cette perspective, la morphologie du ménage influence les pratiques thérapeutiques en ce qu'elle détermine, en amont, les conditions de prise en charge de l'enfant malade : la nature des actes thérapeutiques, le délai de mise en œuvre des recours et le suivi des traitements varient en fonction du nombre de personnes en charge de la santé de l'enfant, de leur capacité à réaliser les différents types de soins et de leur aptitude à solliciter une aide pour le transport ou pour le financement des soins. La taille et la structure de la cellule familiale fixent en partie la disponibilité en temps et en énergie pour s'occuper de la santé de l'enfant : facilitant les opportunités de conseils, de déplacement ou de soutien financier et réduisant les coûts indirects engendrés par un recours difficilement accessible, «la présence de plusieurs adultes dans le ménage pourrait contribuer à créer un cadre dans lequel les services de santé sont plus fréquentés que dans les ménages nucléaires»¹²⁷ (Gage et al., 1997, p.303).

D'après nos résultats, l'influence de la morphologie sur les pratiques thérapeutiques et sur les conditions de prise en charge de la maladie au sein de la cellule familiale s'articule autour de la notion d'équilibre. Il semble en effet exister des seuils au niveau de la taille de la cellule familiale, au niveau du nombre de ménages dans la concession et au niveau du rapport entre le nombre d'« actifs » et de « dépendants » à partir desquels le coût relatif des soins varie fortement. Dans ce modèle, les cellules familiales avec le « capital logistique » le plus faible, plus exposées aux difficultés d'accès aux soins, adoptent des stratégies thérapeutiques et des normes de prise de décision spécifiques : elles privilégient les pharmacies à domicile et la centralisation du pouvoir de décision par le père.

Cependant, les associations entre la forme de la cellule familiale et les pratiques thérapeutiques s'expliquent également par les effets d'autres facteurs. Ainsi, la tendance des ménages de petite taille, notamment ceux comptant peu d'enfants à moins consulter en structure sanitaire s'explique largement par une plus grande précarité économique. Conformément à la littérature, à Niakhar, les ménages et les concessions de grande taille jouissent d'une position économique et sociale avantageuse (Cronk, 1991 ; Gage et al., 1996).

¹²⁷ Traduction de l'auteur : « the presence of several adults in the household may contribute to an environment in which health services are used more effectively than in an nuclear household ».

La taille des unités domestiques a également une influence sur les règles régissant l'accès au pouvoir de décision et aux ressources permettant de soigner l'enfant : « plus la structure est élargie, plus l'autorité et les pouvoirs sont aux mains des anciens, moins le jeune couple et la jeune mère sont autonomes dans leurs décisions de suivi prénatal ou de soins (au sens large) à donner aux enfants » (Tabutin, 1999, p.154). La relation entre la morphologie de la concession semble en outre être associée à la perception de la maladie et du contexte morbide. Toutefois, d'après nos résultats, la forme des unités domestiques ne semble pas déterminer les mentalités ou les représentations, comme suggéré dans d'autres études : « l'une des explications possible est que les variations dans le niveau de couverture vaccinale en fonction de la structure du ménage soient associées à des différences dans les représentations de la nature et de la cause de la maladie »¹²⁸ (Gage et al., 1997, p.307).

Conformément aux résultats de la littérature anthropologique, les comportements de recours aux soins varient en fonction de la composition du ménage. A Niakhar, les relations entre les membres de la parenté sont fortement hiérarchisées et la nature des relations entretenues par les différentes personnes composant le ménage fixe le champ d'action de chacun. Ainsi, la présence effective des grands-mères de l'enfant dans la concession limite l'implication de la mère à tous les stades de l'itinéraire thérapeutique. A l'inverse, lorsque le père de l'enfant ne vit pas en permanence dans la concession de l'enfant, la mère assure près d'une fois sur deux la prise en charge du coût des soins : elle gagne en autonomie pour remplacer l'absence du père de l'enfant. En outre, si les enfants vivant avec leur mère biologique bénéficient plus de soins conformes aux recommandations des autorités sanitaires, en vertu des règles implicites du « placement des enfants confiés » auprès de tuteurs jouissant d'un solide statut économique et social, les tuteurs disposent d'une plus grande autonomie pour décider et financer les soins que les mères biologiques. Abondant dans le sens d'autres études, nos résultats montrent clairement que la composition du ménage a un effet direct sur les comportements de recours aux soins « la position sociale d'une mère au sein du ménage et sa capacité à accéder aux ressources sanitaires peut avoir plus d'influence sur le niveau nutritionnel et la santé d'un enfant que le niveau général de ressources du ménages »¹²⁹ (Castle, 1993, p.150 ; David, 1993 ; Mwenesi et al., 1995).

¹²⁸ Traduction de l'auteur : « one possible explanation is that household structure variations in vaccination coverage may be related to differences in beliefs regarding the nature and cause of illness ».

¹²⁹ Traduction de l'auteur : " a mother's social position in her household and her access to household wealth rather than the overall level of wealth in the household, may be more important in determining the health and nutritional status of the child"

Chaque cellule familiale constitue un microcosme au sein duquel l'influence de la composition par âge du ménage est pondérée par l'identité des adultes, le nombre de ménages et la taille de la concession. Les unités domestiques constituent des univers fermés dans lesquels l'incidence des effets de composition de la cellule familiale varie en fonction de la structure du ménage : à caractéristiques socio-démographiques égales, l'autonomie d'action d'une mère n'est pas toujours la même en fonction de la composition et de la taille de la cellule familiale (Castle, 1993). La morphologie de la concession a un effet de catalyseur des facteurs socio-démographiques. Ainsi, le statut de la mère, virtuellement défini par son âge, sa parité ou son pouvoir économique, se concrétise en des modalités de gestion de la maladie au regard des caractéristiques de son environnement familial : ainsi, par exemple, «les belles-mères aident plus financièrement leur belle-fille lorsque le ménage est composée d'une seule belle-fille que de plusieurs »¹³⁰ (Castle, 1993, p.148 ; Lazega, 1998).

Nos résultats soulignent avec force le caractère discriminant de la forme et de la composition de la cellule familiale en matière de recours aux soins. Ils valident notre hypothèse sur l'importance d'intégrer à l'étude des déterminants des pratiques thérapeutiques un grand nombre de facteurs rattachés à une diversité de catégories explicatives.

Toutefois, au terme de ce chapitre, nos conclusions rejoignent les interrogations d'autres auteurs sur les mécanismes associés à l'influence de la morphologie de la cellule familiale sur les comportements de recours aux soins : les associations sont complexes à interpréter et appellent d'autres études, s'intéressant à la fois à la taille, à la structure et à la composition des unités domestiques.

¹³⁰ Traduction de l'auteur : "more lone daughters in law received payment from their mothers in law than those who were one of several daughters in law"

4.6 La situation de l'épisode morbide

L'analyse classique des comportements de recours aux soins se fonde implicitement sur l'idée que les facteurs à expliquer, comme les facteurs explicatifs, caractérisent les personnes enquêtées dans une perspective continue : les pratiques thérapeutiques, les représentations en matière de santé ou le niveau économique du ménage sont considérés comme des variables générales et fixes. Or, lors d'études par enquêtes rétrospectives à passage unique, les comportements thérapeutiques sont appréhendés en une circonstance précise, celle d'un épisode morbide particulier. Ce chapitre vise à étudier les paramètres qui définissent spécifiquement les conditions dans lesquelles se trouvent les ménages au moment de la maladie de l'enfant, dans l'hypothèse que la situation du ménage au moment de la survenue de l'épisode morbide explique en partie les choix thérapeutiques et les conditions de leur mise en œuvre.

La définition de la situation du ménage à un moment précis s'appuie idéalement sur un grand nombre de dimensions. Cependant, dans le cadre de notre enquête quantitative, nous n'avons pu manier l'ensemble des outils permettant de rendre pleinement compte des multiples dimensions de la notion de situation ; nous avons dû nous limiter aux variables de santé et économiques. Pour décrire le contexte épidémiologique de survenue de la maladie, nous avons cherché, d'une part à replacer l'épisode fébrile dans le cadre plus général du contexte morbide et, d'autre part, à le mettre en perspective au regard du passé médical de l'enfant. De plus, pour affiner la description du niveau économique général des ménages, nous nous sommes intéressés aux récentes entrées d'argent.

4.6.1 Le contexte morbide

Les villages étudiés sont soumis à une endémie palustre intense, avec une transmission concentrée sur une courte période affectant particulièrement les classes d'âge juvénile. Nous formulons l'hypothèse que l'intensité de la morbidité, objective ou telle que perçue par la population, peut influencer les comportements thérapeutiques de plusieurs manières, notamment en incitant à plus de vigilance ou, au contraire, en exerçant un effet de lassitude.

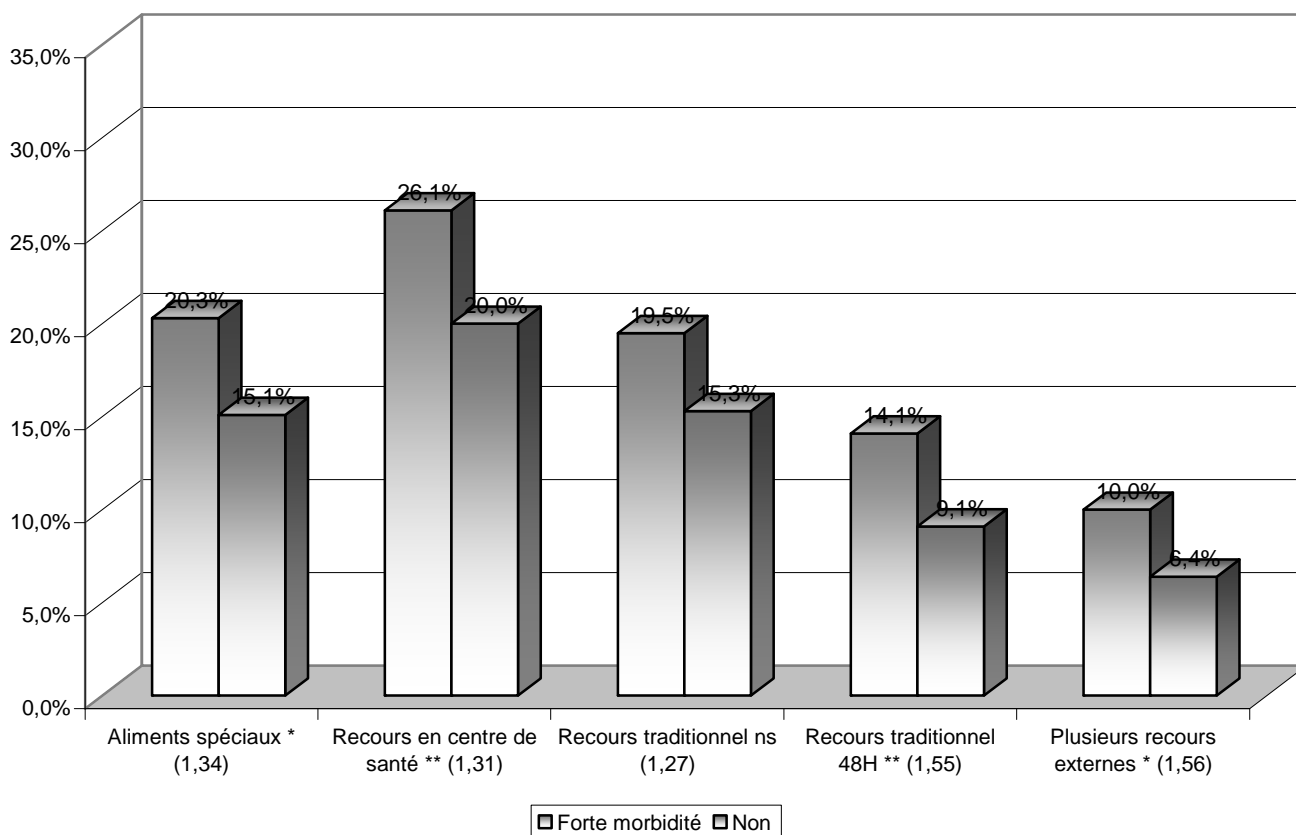
La perception de l'intensité de la morbidité au cours de la saison des pluies est variable selon les ménages : 40 % des ménages enquêtés considèrent avoir été exposés à une faible morbidité ; près de 30 % évaluent cette morbidité comme moyenne et le tiers des ménages estime avoir subi une morbidité élevée (tableau annexe 4.78). L'intensité de la morbidité se manifeste concrètement par le fait que, dans 60 % des ménages intégrés à l'échantillon, un autre enfant que celui intégré au protocole d'enquête était malade (tableau annexe 4.79).

Les parents considérant que leurs enfants ont été fréquemment malades au cours des mois passés administrent 1,4 fois plus souvent des soins à domicile à base d'aliments spéciaux (tableau annexe 4.80). En outre, dans ces ménages, les enfants consultent 1,3 fois plus auprès de thérapeutes traditionnels, 1,7 fois plus dans les premières 48 heures de maladie ; en l'absence de relations statistiquement significatives, ils semblent également réaliser plus de recours biomédicaux (tableau annexe 4.81) et mettent en œuvre 1,6 fois plus souvent plusieurs recours externes (tableau annexe 4.69).

Au moment de la maladie de l'enfant enquêté, la présence simultanée d'autres enfants malades dans la concession favorise la pratique de plusieurs soins à domicile (tableau annexe 4.69), avec notamment l'administration d'1,3 fois plus de massages. La présence concomitante de plusieurs malades dans la même concession n'influence ni la propension à mettre en œuvre des recours externes, ni leur nature ou leur délai (tableau annexe 4.81) ; elle est cependant associée à une absence totale de soins 2,2 fois plus fréquente (tableau annexe 4.69). Ces résultats semblent indiquer que l'histoire morbide du ménage dans laquelle s'inscrit la maladie influence principalement la nature des pratiques thérapeutiques, alors que la simultanéité de plusieurs épisodes morbides est plutôt associée au type de soins pratiqués, avec un report sur les soins à domicile.

Pour pleinement rendre compte des effets du contexte morbide, nous avons combiné ces deux indicateurs de la morbidité. Les ménages comptant plusieurs enfants malades au moment de la survenue de l'épisode morbide enquêté et dont plusieurs enfants avaient déjà été malades récemment se caractérisent, au niveau des soins à domicile, par une pratique 1,3 fois plus fréquente d'aliments spéciaux (figure 4-46). Ils tendent également à réaliser plus de recours externes : ils consultent 1,3 fois plus en structure sanitaire, 1,6 fois plus auprès de thérapeutes traditionnels dans les premières 48 heures de maladie et mettent en œuvre plusieurs recours consécutifs 1,6 fois plus que les autres (figure 4-46).

Figure 4- 46 : Pratiques thérapeutiques selon la perception du contexte morbide au moment de la survenue de la maladie enquêtée : d'autres enfants de la concession ont été malades simultanément que celui enquêté et la morbidité de la saison des pluies est perçue comme forte (N=241) ou non (N=661)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

Le fait d'avoir dû faire face à plusieurs épisodes morbides et qu'un autre enfant soit malade dans la concession au moment de la survenue de la maladie enquêtée donne à la mère une plus grande marge d'autonomie pour prendre l'initiative des soins (tableau 4-20). La forte morbidité induit également un schéma décisionnel plus individualiste : sous le poids de la pression morbide, la norme décisionnelle basée sur un schéma collectif avec la prépondérance du père de l'enfant tend à s'effacer, exprimant une forme de lassitude ou d'impuissance.

Tableau 4- 20 : Conditions de prise en charge de l'enfant malade selon la morbidité dans la concession au moment de la survenue de la maladie enquêtée

	Mère propose RE1	N	Décision seule RE1	N	SAD1 décidé seul	N
Forte morbidité	**	292	Ns	292	**	822
Oui	61,3	93	36,5	93	60,7	219
Non	46,7	199	27,1	199	52,1	603

4.6.2 Les antécédents de maladie de l'enfant

L'étude par enquête rétrospective à passage unique propose une analyse transversale des comportements de recours aux soins qui ne prend pas en compte le passé et le devenir de la santé de l'enfant. Sans avoir la prétention d'adopter une perspective longitudinale, nous avons cherché à étudier les antécédents de maladie des enfants intégrés à l'échantillon d'enquête afin de replacer l'épisode morbide enquêté dans le contexte de l'histoire de la santé de l'enfant.

Une part importante des enfants enquêtés, plus de 40 %, avait déjà été malade depuis le début de la saison des pluies dans le cadre d'un épisode morbide précédent celui que nous avons enquêté. Dans ce contexte de forte morbidité à répétition, les épisodes enquêtés sont perçus comme une rechute pour deux tiers des enfants ayant précédemment été malades (tableau 4-21), soit pour plus de 20 % de l'ensemble des enfants enquêtés. L'importante proportion d'épisodes morbides interprétés comme des rechutes met en évidence le fait que la perception de la maladie et les soins administrés à l'enfant ne sont pas déterminés une fois pour toutes en fonction de multiples facteurs socio-démographiques, mais inscrits dans le cadre d'une histoire prenant en compte les antécédents de santé de l'enfant. En outre, la répétition des épisodes morbides souligne, dans le contexte d'étude, la fragilité du statut de guérison, ce qui doit nous amener à nuancer les interprétations sur le bilan des épisodes morbides enquêtés.

Tableau 4- 21 : Histoire de la santé des enfants enquêtés depuis le début de la saison des pluies

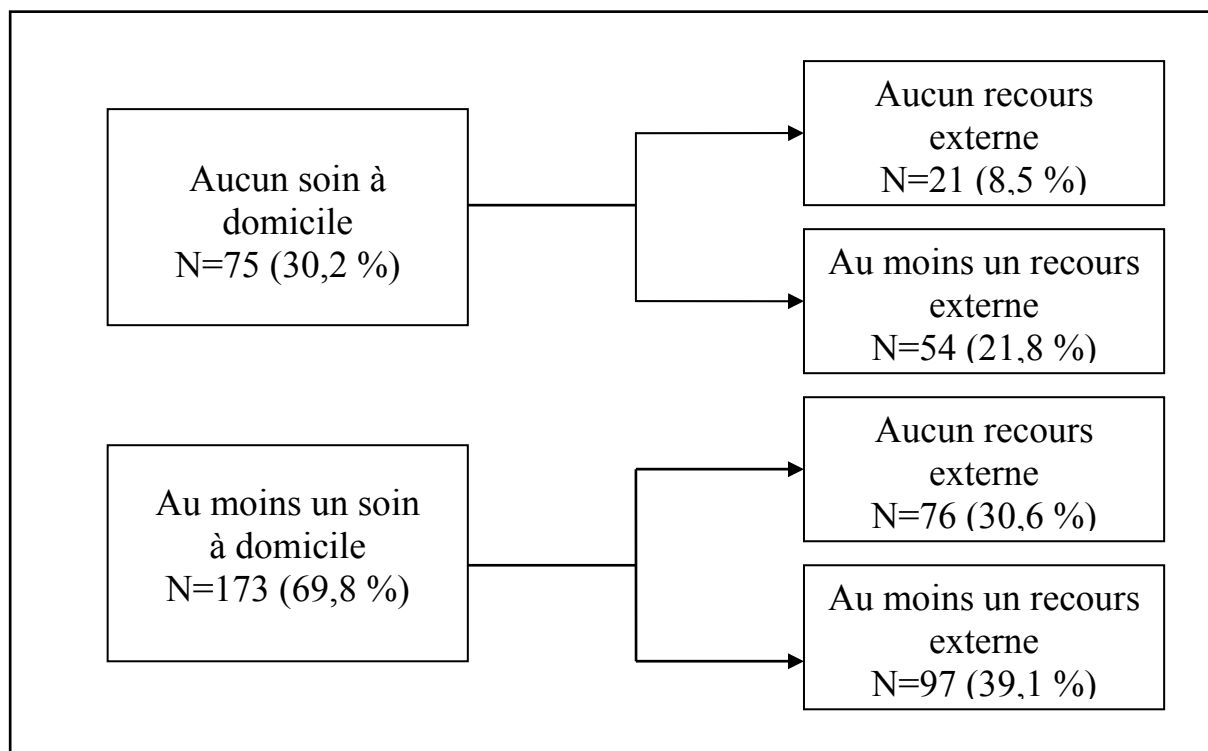
	%	N
Déjà malade depuis le début de la saison des pluies	41,8	902
Rechute d'une ancienne maladie	65,5	307
Pratique de soins dans le premier épisode	91,9	248

Pour les épisodes considérés comme la rechute d'une précédente maladie, il existe de nombreuses similitudes entre les soins mis en œuvre lors de la première phase de la maladie et ceux mis en œuvre lors de la rechute. Ainsi, les soins pratiqués dans l'épisode précédent sont très proches de ceux de l'épisode enquêté : les médicaments représentent près de la moitié des soins à domicile, les massages 30 %, les aliments spéciaux 15 % et les incantations 5 % ; les recours externes sont tournés à 65 % vers une structure sanitaire et à 35 % vers un thérapeute traditionnel.

Dans la même logique, on observe encore que, dans les deux épisodes, la part des médicaments anti-paludiques représente moins de 20 % des médicaments donnés aux enfants en soin à domicile (tableau annexe 4.82).

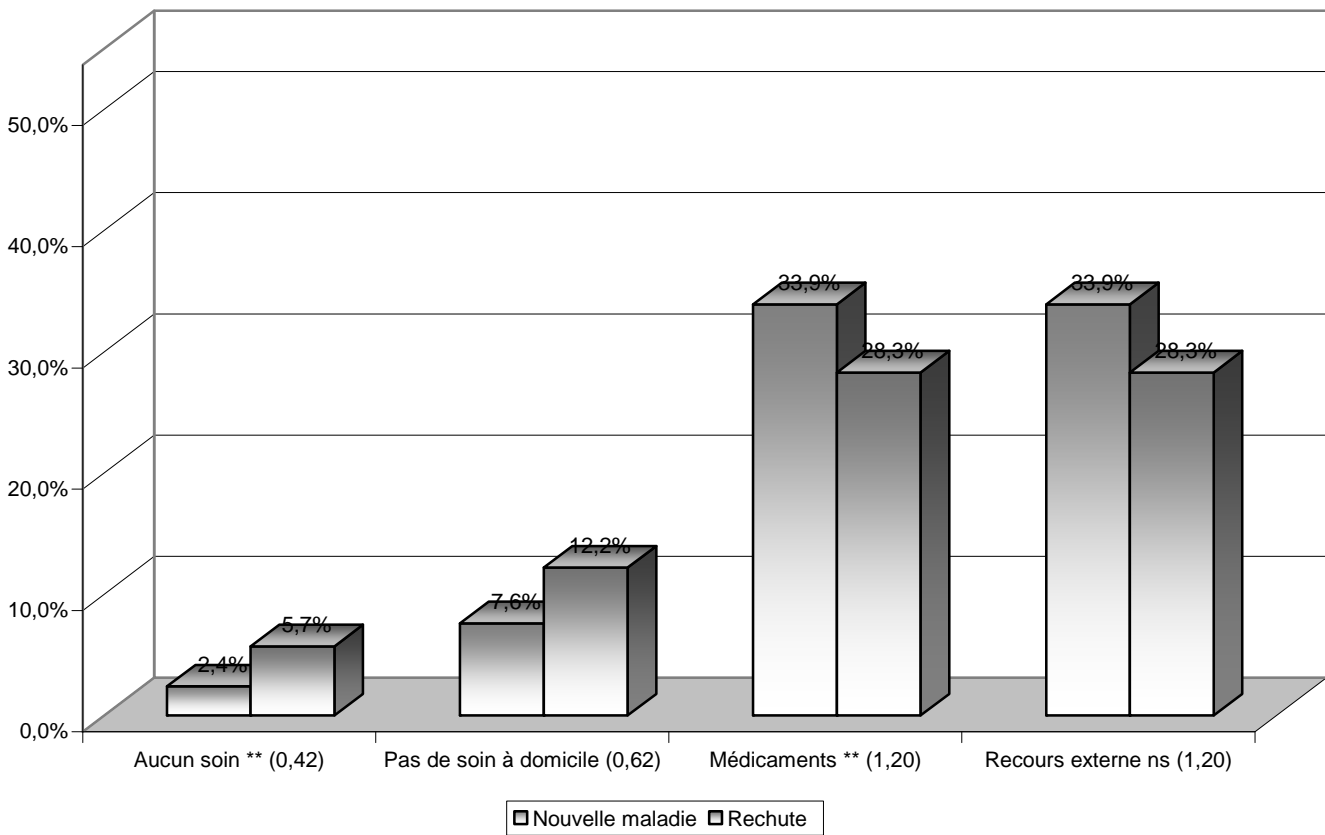
Il existe cependant des différences entre les soins mis en œuvre lors de la première phase de la maladie et ceux mis en œuvre lors de la rechute. En effet, au cours de la première phase de la maladie, les enfants ont eu tendance à recevoir moins de soins à domicile, à près de 70 %, contre plus de 90 % pour l'épisode enquêté ; ils ont en revanche réalisé plus de recours externes, à près de 60 %, contre moins du tiers pour l'épisode enquêté (tableau 4-22). De plus, au cours de l'épisode morbide précédent, la part des épisodes non traités, 8,5 %, est près de trois fois supérieure à celle observée dans la maladie enquêtée. Ces différences s'expliquent avant tout par des facteurs méthodologiques : pour l'épisode morbide précédent, intervenu longtemps avant le passage du questionnaire, les effets de mémoire entraînent une sélection induisant une sous-estimation des soins à domicile pratiqués et une surestimation de la part de recours externes réalisés. Ces résultats mettent en évidence l'importance d'une approche méthodologique à courte période de référence.

Tableau 4- 22 : Caractéristiques de l'itinéraire thérapeutique simplifié suivi par l'enfant dans le cadre de l'épisode morbide précédent pour les enfants victimes d'une rechute (N=248)



Les épisodes morbides perçus comme des rechutes sont associés à une forme de lassitude tendant à banaliser la maladie : ils donnent lieu à une activité thérapeutique moins intense. Ainsi, lorsque la maladie enquêtée est perçue comme une rechute, l'enfant reçoit moins d'automédication et fait significativement plus souvent l'objet d'aucun soin (figure 4-47). En l'absence de relations statistiquement significatives, l'enfant tend également à moins souvent effectuer un recours externe.

Figure 4- 47 : Pratiques thérapeutiques selon les antécédents de santé de l'enfant : la maladie enquêtée est nouvelle (N=655) ou une rechute (N=247)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

Par ailleurs, pour les épisodes considérés comme une rechute, nous avons comparé les pratiques thérapeutiques mises en œuvre dans le cadre des deux phases de la maladie, afin de déterminer si les réponses thérapeutiques d'un même ménage et pour un même enfant variaient. Les ménages font preuve d'une certaine constance dans leurs choix thérapeutiques, ce qui confirme l'existence de modèles de prise en charge thérapeutiques.

On observe ainsi, d'une part, une association au niveau des types de soins pratiqués : les enfants n'ayant pas reçu de soins à domicile lors du premier épisode sont 2,3 fois plus nombreux à ne pas en recevoir dans le cadre de la maladie étudiée et 1,7 fois moins nombreux à en recevoir plusieurs (tableau annexe 4.85) ; les enfants ayant réalisé un recours externe dans le cadre de l'épisode morbide précédent consultent 2,2 fois plus souvent un spécialiste dans le second épisode morbide, indépendamment de la nature de la filière thérapeutique et y compris dans les premières heures de maladie (tableau annexe 4.84). Il apparaît, d'autre part, une tendance à répéter les mêmes soins : l'ingestion de chloroquine au cours de l'épisode précédent est associée à une consommation de chloroquine 5 fois plus importante lors de la rechute ; le fait d'avoir consulté en structure sanitaire est associé à 3 fois plus de recours en structure sanitaire et 6,7 fois plus au cours des 48 premières heures de maladie ; le recours traditionnel est associé à 3,9 fois plus de consultation de thérapeutes traditionnels (tableau annexe 4.84).

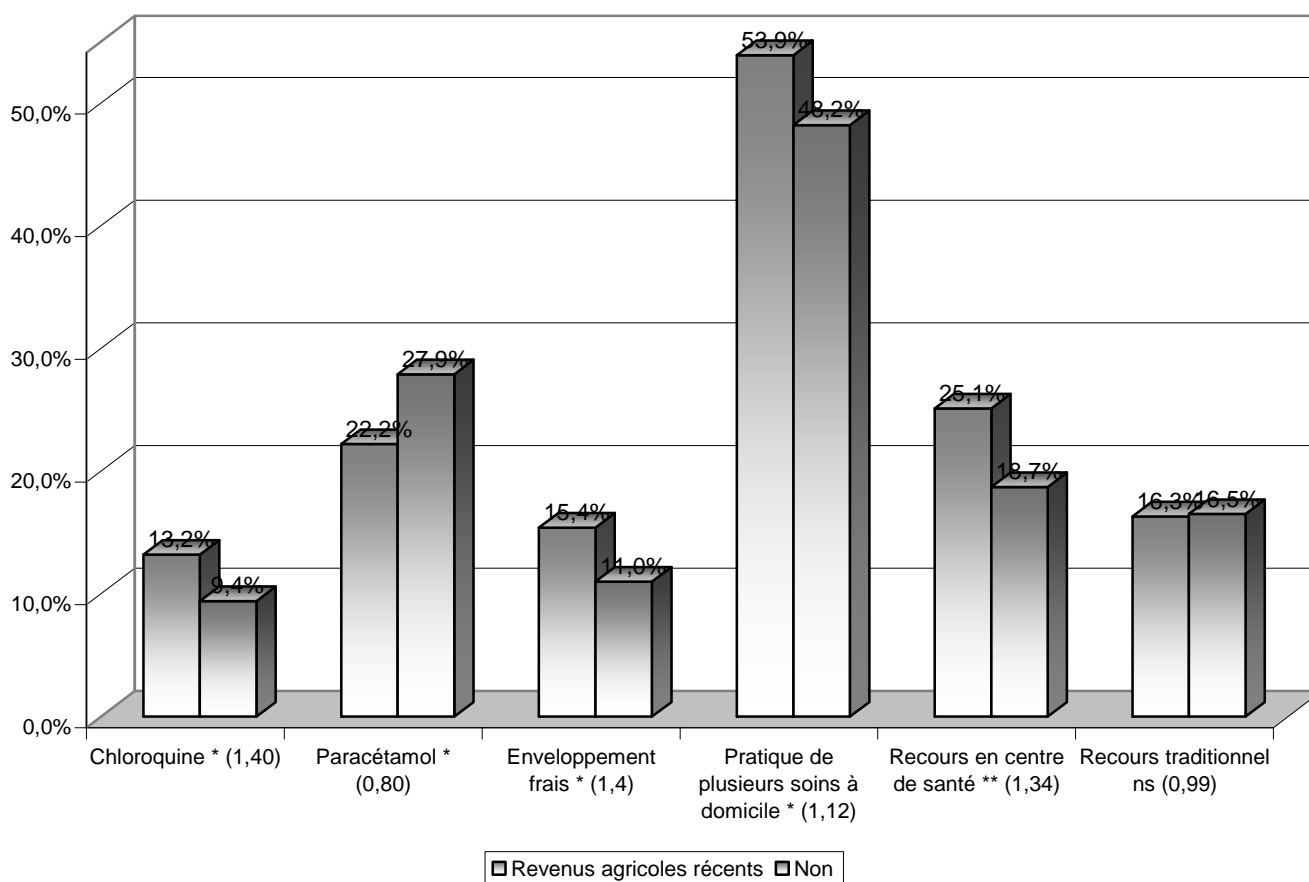
4.6.3 Le contexte économique

L'étude des biens et des équipements possédés par le ménage plusieurs mois après le déroulement de notre enquête ne rendant pas pleinement compte de la situation financière dans laquelle s'est trouvée le ménage au moment de la maladie, nous avons cherché à la préciser par la prise en compte d'autres paramètres. Au-delà des caractéristiques générales mesurées par les biens et les équipements possédés, la situation économique du ménage au moment de la survenue de l'épisode morbide est définie par l'ensemble des rentrées d'argent et des dépenses survenues peu avant que l'enfant ne tombe malade. Dans le contexte d'étude, nous avons cherché à évaluer les ressources récemment dégagées par le ménage à partir de la vente de produits agricoles ou issus de l'élevage.

Les ressources mobilisées par la vente de volailles ou de bétails peu avant la maladie ne sont pas significativement associées aux pratiques thérapeutiques. En revanche, les revenus agricoles influencent directement les pratiques thérapeutiques et transcendent l'opposition récurrente entre les soins à domicile, en particulier à base de médicaments, et les recours externes, en direction des structures sanitaires.

On observe ainsi que la vente récente de produits agricoles favorise la pratique de plusieurs soins à domicile, avec 1,4 fois plus d'enveloppement frais et de chloroquine ingérée, tout en inhibant la consommation de paracétamol (figure 4-48). De manière attendue pour les effets de disponibilité monétaire, la vente de produits agricole favorise 1,3 fois le recours en structure sanitaire, sans modifier la fréquentation des thérapeutes traditionnels.

Figure 4- 48 : Pratiques thérapeutiques selon la rentrée récente d'argent : la mère ou le père possède un champ et a vendu récemment des produits agricoles (arachide) (N=410) ou non (N=492)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

4.6.4 Conclusion partielle

Bien que nous n'ayons pris en compte, dans le cadre de cette étude, qu'un nombre limité de facteurs décrivant la situation du ménage au moment de la survenue de la maladie, plusieurs de ces variables sont apparues significativement associées aux pratiques thérapeutiques : conformément à nos hypothèses, la perception du contexte morbide, les antécédents de santé de l'enfant malade et les revenus récents influencent notamment la propension à consulter en structure sanitaire.

La pression morbide est fortement corrélée aux pratiques thérapeutiques, mais avec des effets différents selon qu'elle concerne le ménage et l'enfant malade. En effet, dans un contexte où la morbidité est perçue comme forte, la présence concomitante de plusieurs enfants malades dans la concession favorise l'activité thérapeutique, avec une utilisation renforcée de l'ensemble des alternatives thérapeutiques.

Ce résultat est l'expression d'une gestion pragmatique des opportunités de soins au sein de la cellule familiale : si un enfant malade doit être emmené en consultation, on en profite pour y emmener les éventuels autres malades, comme le confirme l'analyse des registres de consultation en structure sanitaire où apparaît, dans l'enchaînement des consultations, des regroupements d'enfants issus du même village.

L'incidence de la forte pression morbide au sein du ménage s'explique également par l'autonomie d'action renforcée de la mère dans un contexte de forte sollicitation du groupe familial : elle en profite pour pratiquer plus de soins, dans la limite de ses capacités financières. A l'inverse, pour les enfants malades ayant récemment souffert d'autres épisodes morbides, l'absence de soins est plus fréquente, notamment en raison d'une moindre pratique de soins à domicile. Le caractère chronique de la maladie, en même temps qu'il stigmatise l'enfant comme sujet faible et facilement malade, induit une banalisation de l'épisode morbide. Chez un même enfant, le caractère récurrent de la maladie est associé à une perception d'inefficacité à long terme des moyens médicaux disponibles qui entraîne une réduction de l'activité thérapeutique : un père de famille nous confie ainsi, au sujet de l'un de ses enfants qui a été atteint de plusieurs épisodes morbides successifs que « si on le traite avec les médicaments, alors la maladie peut partir, mais aussi elle peut durer. Si tu ne le traites pas aussi, alors elle peut partir. Donc pourquoi continuer à lui donner les médicaments (rire) ? » (S.N., Ngangarlam).

De manière à la fois conforme à nos hypothèses et à la littérature, les résultats mettent en évidence une association entre la rentrée récente de revenus et le recours en structure sanitaire (Kengeya-Kayondo et al., 1994 ; Thera et al., 2000). Les associations observées restent cependant complexes à interpréter : alors que, d'une manière générale, l'influence des biens et des équipements s'est révélée relativement limitée, la vente de volailles ou de bétail n'est pas significativement corrélée aux pratiques thérapeutiques ; seuls les revenus agricoles déterminent les comportements de recours aux soins. Or, en période de soudure, où les disponibilités monétaires sont le plus souvent épuisées, le capital du ménage, notamment de la mère pour faire face à des dépenses imprévues est à la fois lié au commerce de produits vivriers transformés et de petit bétail. Nos résultats semblent ici confrontés à la difficulté d'opérationnaliser la mesure de la disponibilité en numéraire à partir d'une étude non spécifiquement centrée sur les paramètres économiques, dans un milieu rural traditionnel avec des systèmes de solidarités familiales très complexes.

Les résultats montrant la forte influence des facteurs caractérisant la situation du ménage au moment de la survenue de l'épisode morbide sur les pratiques thérapeutiques sont à l'origine de plusieurs enseignements sur le plan méthodologique. D'une part en effet, l'étude des pratiques thérapeutiques en cas d'épisode morbide suivi d'une rechute a confirmé l'existence, au sein des ménages, de normes de prise en charge de la maladie répétées dans le temps. Cependant, nos résultats ont d'autre part souligné l'importance de ne pas considérer les pratiques thérapeutiques développées lors d'un épisode morbide spécifique comme un modèle de comportements fixe et arrêté, sans la prise en compte de paramètres caractérisant précisément la maladie et la situation des acteurs. Ils appellent, pour les futures études, des approches méthodologiques affinées, prenant en compte de nouveaux paramètres, tels que l'incidence d'absences ponctuelles de membres de la cellule familiale au moment de la survenue de la maladie ou les conditions de fonctionnement au jour le jour de la structure sanitaire la plus proche.

Chapitre 5 -

Analyse spatiale et contextuelle

L'analyse causale, appuyée sur l'étude des associations entre les comportements thérapeutiques et les caractéristiques individuelles de l'enfant, de ses parents ou de son ménage, a permis de décrire de nombreuses associations, ressortissant à différents mécanismes d'influence. Les résultats confirment l'existence d'une multiplicité de déterminants des comportements de recours aux soins au niveau des unités d'analyse primaires, c'est à dire caractérisant directement l'individu et sa cellule domestique.

Pour limiter les risques d'erreur atomiste et compléter les résultats de l'analyse univariée, nous avons cherché à prendre en compte des facteurs immédiatement extérieurs aux individus en intégrant des paramètres contextuels, liés à la dimension spatiale des comportements et aux caractéristiques du village d'habitat. Notre hypothèse, alimentée par nos impressions de terrain, est que chaque village constitue une entité bien spécifique, caractérisée par des normes de prise en charge de la maladie particulières : les pratiques thérapeutiques ne sont pas uniformes au sein des villages ou des groupes de villages ; elles varient en fonction de facteurs indépendants des effets des variables individuelles.

Notre réflexion sur la dimension géographique des comportements de recours aux soins inclut trois niveaux d'analyse. A un premier niveau d'analyse, notre réflexion sur la géographie des comportements de recours aux soins s'intéresse à l'implantation géographique de l'habitat, appréhendée en terme de distances, en étudiant l'influence de l'éloignement du lieu de résidence aux principaux axes routiers et aux structures sanitaires. Dans une seconde perspective, nous avons analysé les déplacements effectués pour consulter un spécialiste : il s'agit ici de savoir si l'enfant consulte près de son domicile ou non et si des logiques préférentielles sur-déterminent l'effet de proximité à l'offre de soins. Enfin, dans une analyse à dimension contextuelle, nous avons comparé les pratiques thérapeutiques des différents villages enquêtés.

Pour l'étude des déplacements réalisés au cours de l'itinéraire thérapeutique et la comparaison des comportements thérapeutiques des ménages issus des différents villages, nous avons dû légèrement recomposer les effectifs de certains villages, en procédant à 5 agrégations. En effet, les villages de Darou, Jokoul, Dam, Leme et Meme, où ont été respectivement enquêtés 2, 13, 3, 8 et 11 enfants malades, sont constitués d'effectifs nettement trop faibles pour permettre une comparaison pertinente. Nous les avons donc rattachés à des villages proches géographiquement, mais également du point de vue des caractéristiques socio-économiques et des pratiques thérapeutiques. Ainsi agrégées, les données se prêtent à une analyse comparative : chacun des 24 villages ou groupes de villages compte un effectif d'enfants malades compris entre 19 et 91, pour une moyenne de 39 enfants (tableau 5-1).

Tableau 5- 1 : Effectifs d'enfants enquêtés dans les villages ou groupes de villages, après recomposition

Nom du village	Village(s) rattaché(s)	N	%
Kalom		35	3,9
Ngalagn Kop	Darou	37	4,1
Ngan	Jokoul	39	4,3
Ngayokheme		68	7,5
Sass		30	3,3
Sob		39	4,3
Bary-ndondol		29	3,2
Datel		21	2,3
Lambanem		30	3,3
Mbinondar	Dam ; Leme	22	2,4
Ndokh		30	3,3
Ngangarlam		47	5,2
Ngonin		62	6,9
Toukar		28	3,1
Diohin		19	2,1
Gadiak		91	10,1
Godel		40	4,4
Khassous		25	2,8
Kotiokh		35	3,9
Logdir		51	5,7
Mokan-Gouye		23	2,6
Ngardiam		34	3,8
Poultok	Meme	67	7,4
Total		902	100

5.1 La distance aux principales pistes

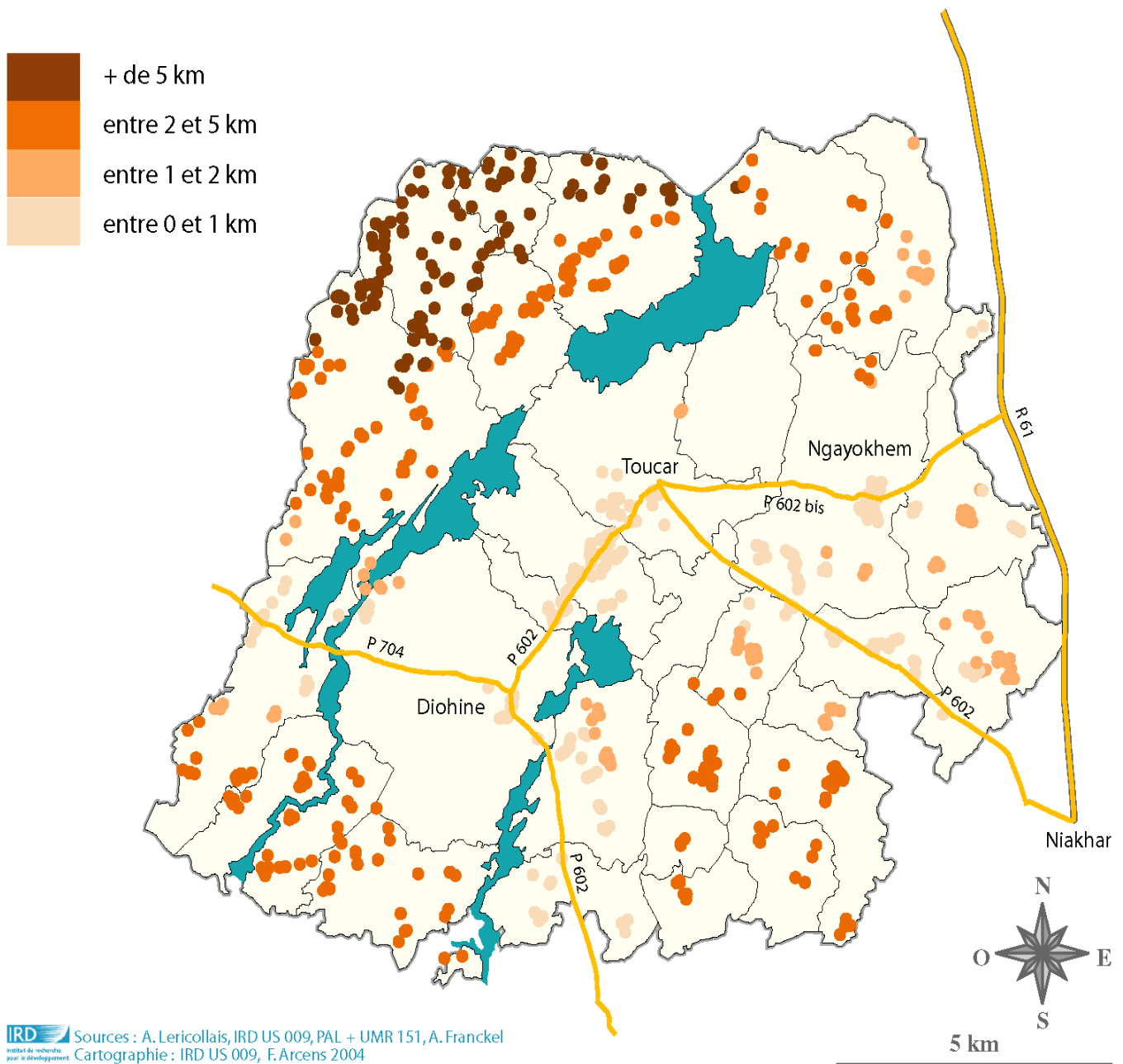
Dans la littérature, deux types de mécanismes expliquent les associations entre la proximité aux axes de circulation et les pratiques thérapeutiques : la proximité aux routes facilite d'une part l'accès aux centres de soins, en permettant, le cas échéant, de trouver plus facilement un moyen de transport ; dans une logique diffusionniste, la proximité des axes de circulation facilite d'autre part l'adoption de pratiques novatrices en matière de prise en charge thérapeutique.

Dans le contexte des villages étudiés, la notion d'axes routiers importants n'est pas réellement adaptée, puisque aucune route goudronnée ou même en latérite ne les traverse. Nous avons cependant identifié deux axes principaux de communication, correspondant aux pistes les plus utilisées et reliant les villages les plus importants.

La figure 5-1 représente le tracé de ces pistes principales et la distance qui les séparent des hameaux où résident les enfants enquêtés.

Près du tiers des ménages vit à moins d'un kilomètre d'une piste principale et plus de la moitié réside à plus de deux kilomètres.

Figure 5- 1 : Carte¹³¹ de la répartition des ménages selon leur éloignement aux principales pistes (N=901)

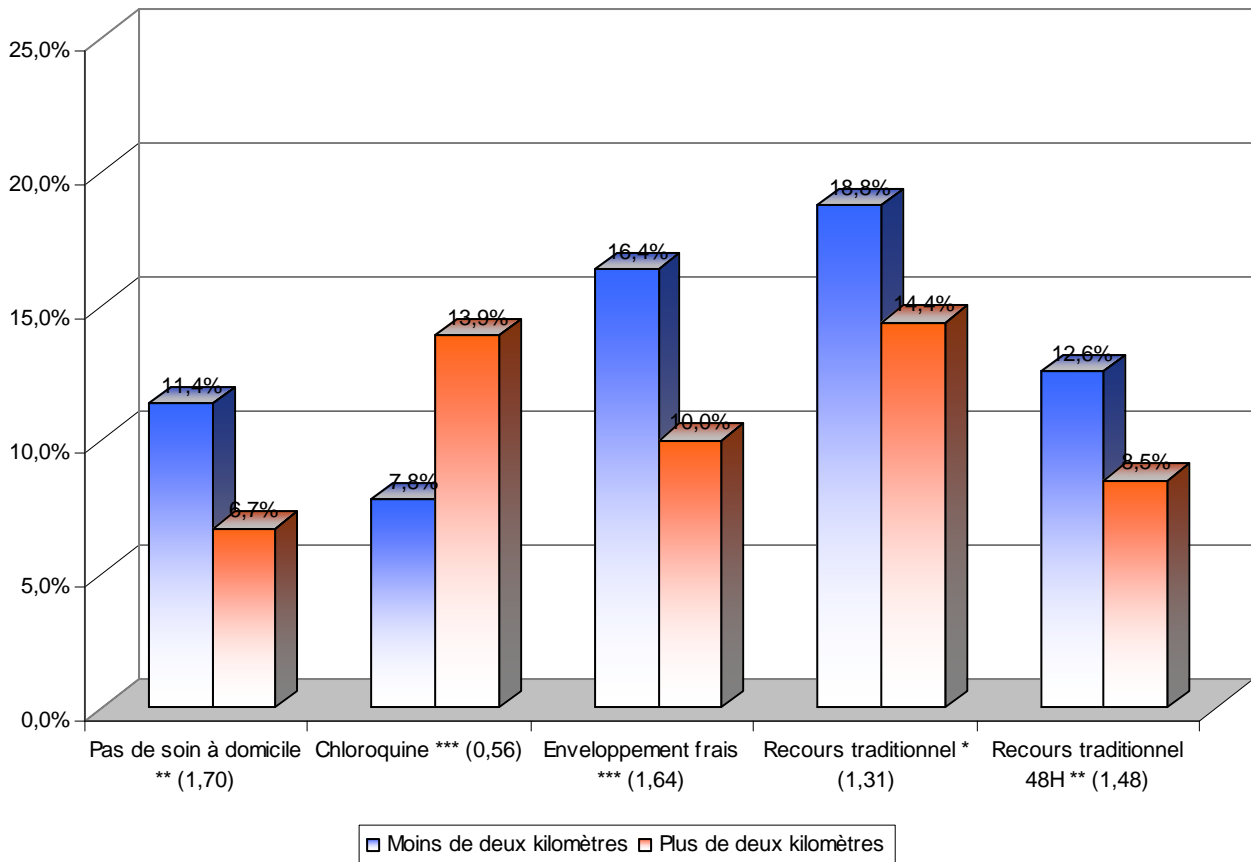


IRD Sources : A. Lericollais, IRD US 009, PAL + UMR 151, A. Franckel
 Institut de recherche pour le développement Cartographie : IRD US 009, F. Arcens 2004

La distance entre les principales pistes et le lieu de résidence influence nettement le type et la nature des actes thérapeutiques pratiqués, de manière consensuelle avec les hypothèses dominantes (figure 5-2).

¹³¹ Toutes les cartes des distances aux concessions ne prennent en compte que les concessions concernées par l'enquête.

Figure 5- 2 : Pratiques thérapeutiques selon la distance aux principales pistes : la concession est située à moins de deux kilomètres d'une piste principale (N=421) ou à plus de deux kilomètres (N=481)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

La pratique de soins à domicile augmente avec la distance aux principales routes : les ménages situés à moins de deux kilomètres d'une piste sont 1,7 fois plus nombreux à ne pratiquer aucun soin à domicile et 1,2 fois moins nombreux à en administrer plusieurs (figure 5-2 et tableau annexe 5.1). En particulier, les ménages situés à moins de deux kilomètres des principales pistes pratiquent 1,6 fois plus d'enveloppement frais. En revanche, les ménages plus éloignés des pistes principales administrent 1,4 fois plus de massages ($p < 0,01$) et consomment 1,7 fois plus de chloroquine (figure 5-2). La forte ingestion de chloroquine dans les villages éloignés des principales pistes s'inscrit plus généralement dans le cadre d'une stratégie d'anticipation des épisodes morbides par la constitution de pharmacies à domicile : près de deux tiers des médicaments donnés à l'enfant dans le cadre de l'épisode morbide étaient déjà possédés avant la maladie dans les ménages situés à plus de deux kilomètres d'une piste principale ($n=200$), contre la moitié dans les autres ménages ($n=180$) ($p < 0,01$).

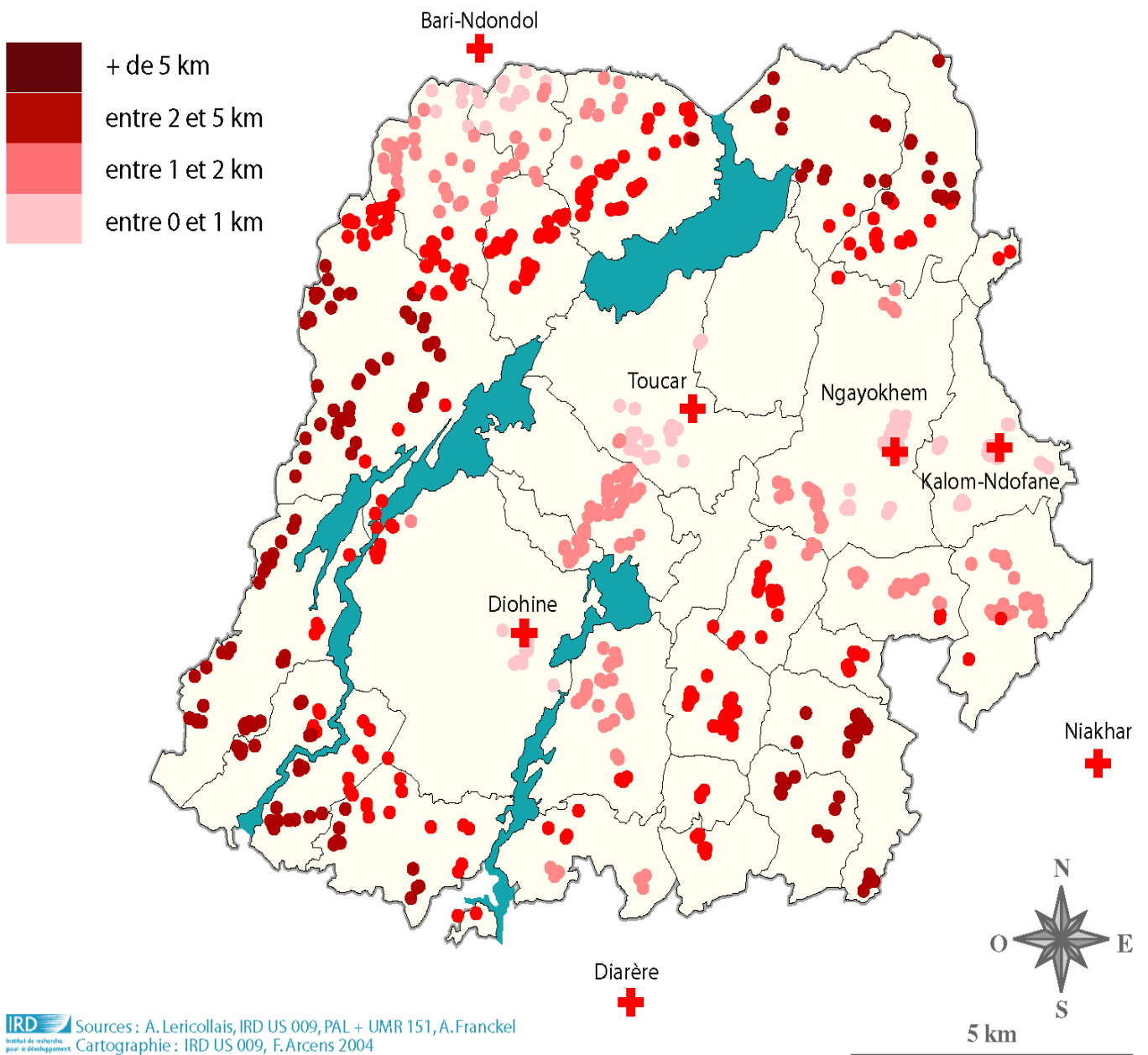
A l'inverse, la propension à consulter un thérapeute traditionnel, notamment au cours des premières heures de maladie, diminue avec l'éloignement aux principales voies de communication (figure 5-2). Par ailleurs, si la proximité aux principales pistes ne détermine pas la propension à réaliser un recours biomédical, en cas de consultation en structure sanitaire, elle favorise le suivi des soins avec un retour plus fréquent (tableau annexe 4.87 et tableau annexe 5.1).

5.2 La distance aux structures sanitaires

La littérature met en évidence le fait souligné que la présence massive de structures biomédicales augmente le niveau moyen d'utilisation par patient (Béjean, 1997) et réduit l'impact des facteurs personnels dans l'utilisation des services (Palloni, 1993). Pour étudier l'incidence de la distance entre le lieu de résidence et les structures sanitaires, nous avons retenu une définition large de la notion de structure sanitaire, en englobant dans une même perspective les quatre postes de santé publics de Toukar, Ngayokhème, Niakhar et Diarère, le dispensaire privé catholique de Diohine, les cases de santé de Kalom et de Bary-ndondol et l'agent de santé privé de Kalom.

Dans le contexte de faible offre de soins biomédicale des villages étudiés, la distance séparant les concessions d'habitat du structure sanitaire le plus proche est en moyenne de 3,2 kilomètres, avec un écart type de 1,5 kilomètres. La figure 5-3 représente les concessions d'habitat en fonction de leur éloignement au structure sanitaire le plus proche. Une minorité de ménages se situe à proximité directe d'une structure sanitaire : 10 % des enfants enquêtés habitent à moins d'un kilomètre d'un site assurant la prestation de soins biomédicaux, 25 % à moins de deux kilomètres, près de 55 % à une distance comprise entre 2 et 5 kilomètres et plus de 10 % des ménages enquêtés habitent à plus de 5 kilomètres de toute structure sanitaire (figure 5-3).

Figure 5- 3 : Carte des ménages selon leur éloignement à la structure sanitaire la plus proche (N=901)



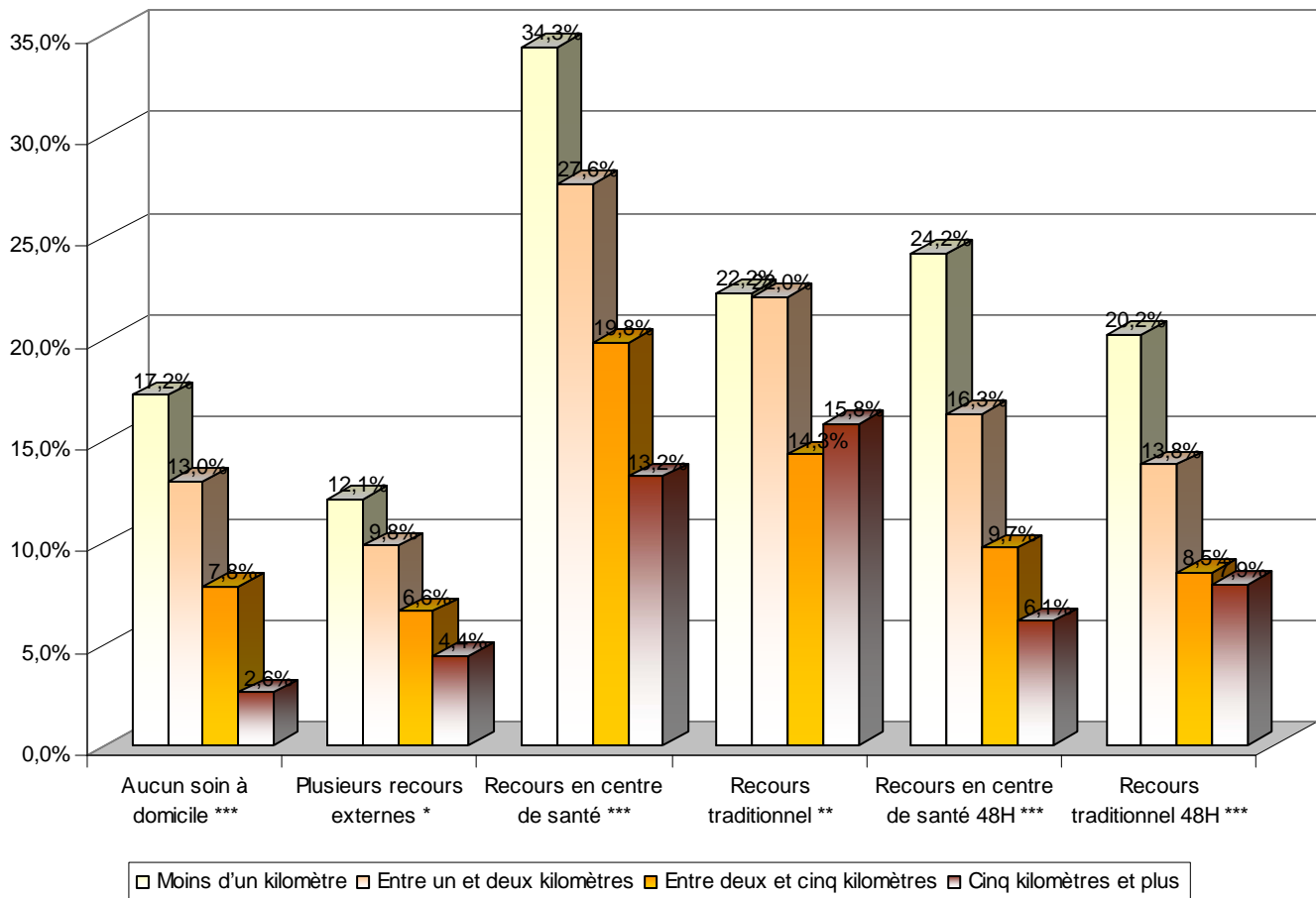
Pour étudier les associations entre l’implantation géographique et l’activité thérapeutique, nous nous sommes appuyé sur deux indicateurs, l’un détaillant quatre classes et l’autre deux classes ; nous avons également pris en compte la distance moyenne à la structure de santé la plus proche.

La pratique de soins à domicile augmente régulièrement avec l'éloignement à la structure sanitaire la plus proche. Ainsi, les ménages situés à moins d'un kilomètre d'un poste de santé sont 6,6 fois plus nombreux à ne pas pratiquer de soins à domicile que ceux résidant à plus de cinq kilomètres (figure 5-4) ; les ménages situés à plus de deux kilomètres pratiquent significativement plus souvent plusieurs soins à domicile que les autres (tableau annexe 5.1).

Cependant, l'éloignement à la structure sanitaire la plus proche a des effets variables sur la pratique des différents soins à domicile. La distance aux structures sanitaires influe peu sur la consommation d'aliments spéciaux et sur la pratique d'incantations, mais favorise très fortement l'administration de massages : les ménages situés à 5 kilomètres et plus en réalisent 1,7 fois plus que ceux situés à moins d'un kilomètre de la structure sanitaire la plus proche (tableau annexe 5.1). Par ailleurs, la distance favorise légèrement la consommation de médicaments, avec des différences selon la nature des comprimés : le paracétamol est 1,4 fois plus consommé dans les concessions situées à plus de deux kilomètres d'une structure sanitaire alors que l'éloignement des structures sanitaires n'influence pas significativement la consommation de chloroquine (tableau annexe 5.2). En outre, l'enveloppement frais est le plus souvent utilisé dans les concessions situées à moins de cinq kilomètres d'une structure sanitaire (tableau annexe 5.2). Cette tendance peut s'expliquer par le faible intérêt de l'enveloppe fraîche dans les concessions situées à proximité directe d'une structure sanitaire et par la faible diffusion de cette pratique, principalement recommandée par les agents de santé des structures sanitaires, dans les concessions qui en sont trop éloignées.

La proximité aux structures de santé favorise nettement la mise en œuvre de recours externes : la propension à faire un et plusieurs recours externe est respectivement 1,8 et 2,8 fois plus élevée dans les concessions situées à moins d'un kilomètre d'une structure sanitaire que dans celles situées à plus de 5 kilomètres (tableau annexe 5.3 et figure 5-4).

Figure 5- 4 : Pratiques thérapeutiques selon la distance aux principales structures sanitaires : la concession est située à moins d'un kilomètre d'un structure sanitaire (N=99), un à deux kilomètres (N=123), deux à cinq kilomètres (n=565) ou plus de cinq kilomètres (n=114)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

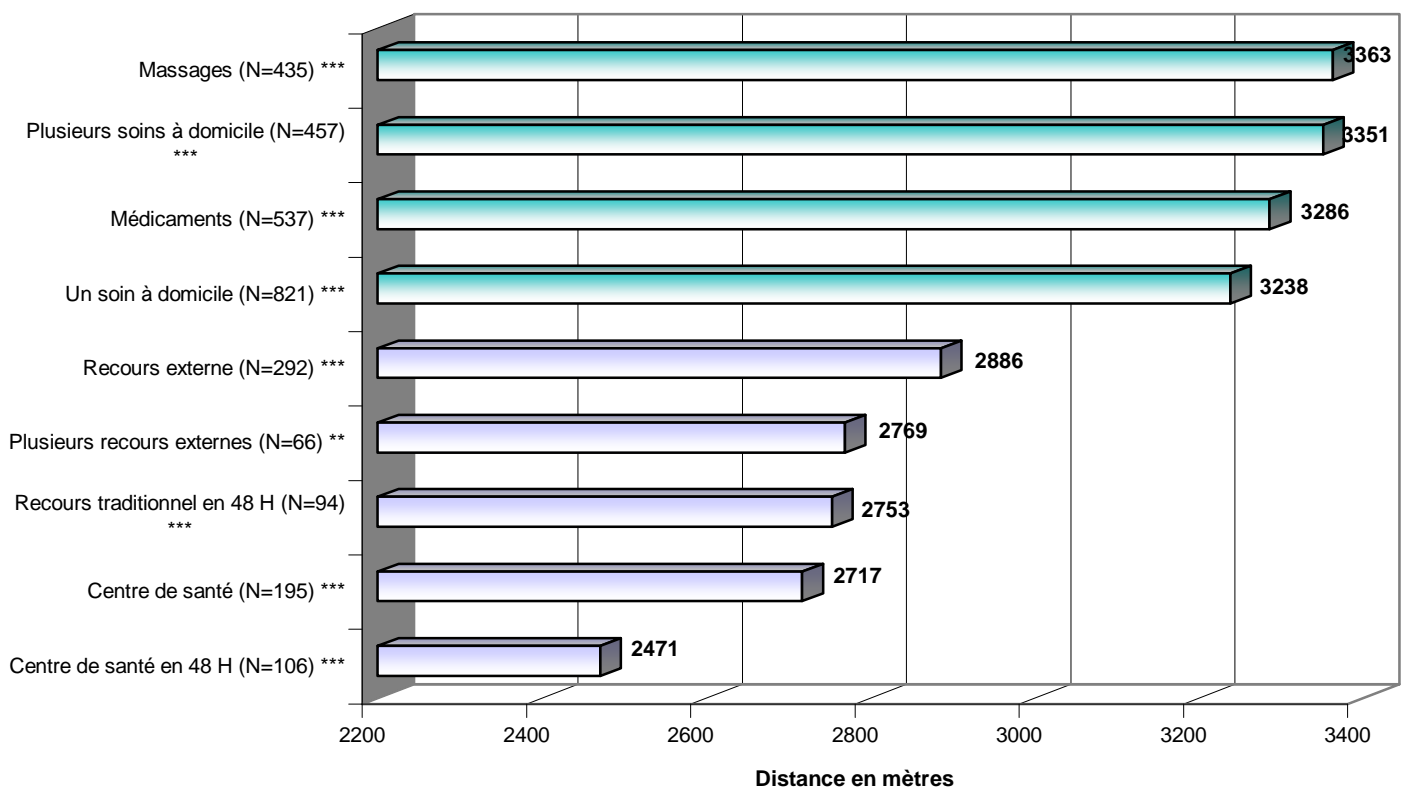
Conformément à nos attentes, la propension à consulter en structure sanitaire diminue très régulièrement avec l'éloignement des structures sanitaires, avec un rapport de fréquence de 3,3 entre les concessions les plus proches et les plus éloignées (figure 5.4). Le délai diminue également avec la proximité d'une structure sanitaire : les concessions situées à moins de deux kilomètres consultent 2,2 fois plus que les autres en moins de 48 heures (tableau annexe 5.2), pour un délai moyen significativement inférieur aux autres, 2,2 jours (n=58) contre 2,7 jours (n=114) ($t < 0,05$).

Cependant, en décalage avec une vision opposant les soins « biomédicaux » et les soins « traditionnels » comme concurrents, la proximité aux structures sanitaires favorise également la consultation auprès des thérapeutes traditionnels.

Ainsi, les enfants habitant une concession située à moins de deux kilomètres d'une structure sanitaire consultent 1,5 fois plus souvent un thérapeute traditionnel et 2,0 fois plus souvent au cours des premières heures de maladie (figure 5-4). Ce résultat peut s'expliquer par la concentration des structures sanitaires et des thérapeutes traditionnels sur les mêmes sites. Il peut également être expliqué comme un effet de la densité médicale sur l'activité thérapeutique : la présence simultanée de spécialistes induit une plus forte propension à consulter, en l'absence d'une concurrence entre les filières thérapeutiques pour un nombre de recours externes fixe.

Pour résumer les associations observées, nous avons étudié l'éloignement moyen des concessions à la structure sanitaire la plus proche en fonction du type et de la nature des actes thérapeutiques pratiqués. De manière significative, les ménages ayant pratiqué un ou plusieurs soins à domicile habitent plus loin de toute structure sanitaire que les autres (figure 5-5).

Figure 5- 5 : Distance moyenne séparant la concession d'habitat de la structure sanitaire la plus proche des enfants ayant pratiqué différents soins thérapeutiques



A l'inverse, les ménages ayant réalisé un ou plusieurs recours externes, tous types de filières thérapeutiques confondus, résident à une distance moyenne des structures sanitaires significativement inférieure à celle des ménages n'ayant pas consulté (figure 5-5). L'éloignement à la structure sanitaire la plus proche a donc des effets opposés sur la pratique de soins à domicile et sur la réalisation de recours externes : il semble qu'au-delà de la nature même des actes mis en œuvre, les soins à domicile sont utilisés comme une alternative à des recours externes difficilement accessibles.

Les massages, l'automédication et, de manière non significative, les incantations sont les soins à domicile pratiqués dans les concessions qui, en moyenne, sont les plus éloignées ; la consultation en structure sanitaire est en revanche mise en œuvre dans les concessions les plus proches, moins de 2,5 kilomètres en moyenne pour les ménages consultant au cours des premières heures de maladie (figure 5-5). En outre, les enfants retournant après consultation en structure sanitaire pour le suivi des soins habitent à une distance significativement moindre, 2295 mètres (N=86) que les autres, 3035 (N=110) ($t < 0,05$).

5.3 Géographie des itinéraires thérapeutiques

La distance entre la concession d'habitat et les principales routes d'une part, entre la concession d'habitat et la structure sanitaire la plus proche d'autre part, influence nettement les pratiques thérapeutiques ; pour autant, cela ne signifie pas que la population articule exclusivement le choix des actes thérapeutiques pratiqués et du thérapeute consulté en fonction de la distance à parcourir. Sur le terrain, nous avons pu observer que la renommée d'un guérisseur et la perception de sa compétence dépend en partie de son éloignement, dans une réflexion tendant à considérer que ce qui est loin est rare et que ce qui est rare est mieux.

Pour l'étude de la géographie des itinéraires thérapeutiques mis en œuvre au cours de l'épisode morbide enquêté, nous nous sommes intéressé, dans un premier temps, à la localisation des sites de consultation, pour étudier dans un second temps, les déplacements effectués.

5.3.1 Les sites de consultation

Dans le cadre de l'épisode morbide enquêté, les sites de consultation offrant une prestation de type biomédicale sont bien moins nombreux que les thérapeutes traditionnels en activité. Ainsi, alors que plus de 80 % (n=135) des recours en poste de santé concernent quatre structures situées à proximité directe des villages étudiés et que 75 % (n=60) des consultations en « cases de santé » sont effectuées dans deux villages, plus de 20 thérapeutes traditionnels différents sont consultés dans la zone enquêtée (tableau 5-2). Par ailleurs, entre 20 % et 25 % des recours biomédicaux et des recours traditionnels sont réalisés sur des sites plus éloignés des villages d'habitat¹³².

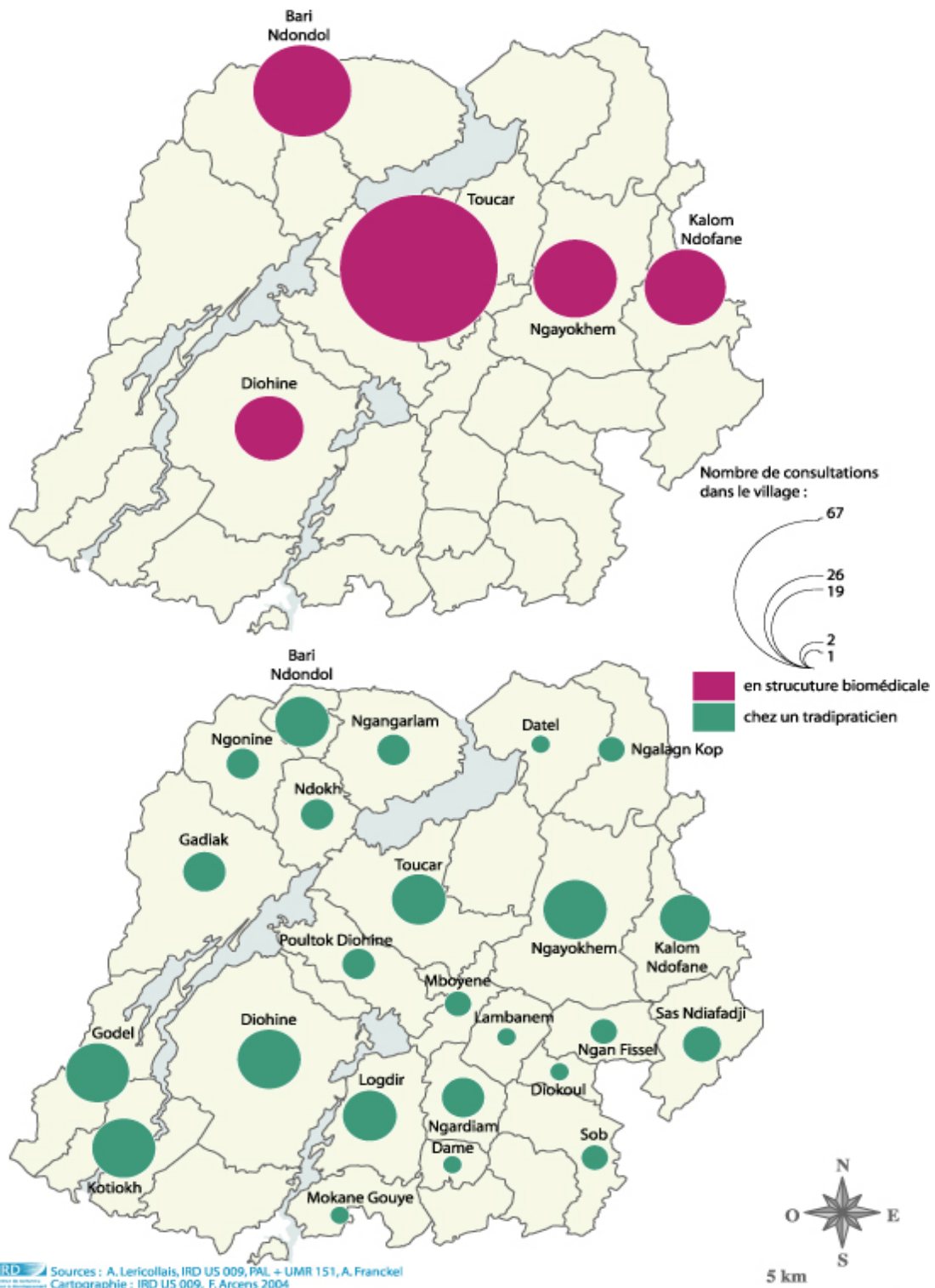
Tableau 5- 2 : Distribution géographique des deux premiers recours externes selon leur nature

Nature de la consultation		%
Poste de Santé (n=135)		
	Toukar	50
	Ngayokhème	14
	Diohine	10
	Niakhar	8
	Autres structure	18
	Total	100
Case de santé (n=60)		
	Bary-Ndondol	43
	Kalom	30
	Niakhar	7
	Autres	20
	Total	100
Thérapeutes traditionnels (n=160)		
	Village proche	76
	Village éloigné	24
	Total	100

¹³² Le départ ou la traversée de charrettes, par exemple en raison de la tenue du marché hebdomadaire.

La représentation géographique des sites de consultation met en évidence la concentration dans l'espace de la plupart des consultations biomédicales (figure 5-6).

Figure 5- 6 : Localisation des sites de consultation biomédicale (carte du haut) et des sites de consultation traditionnelle (carte du bas) pour les deux premiers recours externes



L'immense majorité des recours biomédicaux concerne 5 sites, avec la prépondérance marquée du poste de santé de Toukar et, dans une moindre mesure, la forte attractivité de la case de santé de Bary-Ndondol (figure 5-6). La localisation des structures sanitaires n'est pas uniforme sur le territoire : plus de la moitié des recours biomédicaux est réalisée à Toukar, Ngayokhème et Kalom, soit sur un axe couvrant six kilomètres au centre et à l'Est de la zone, à une distance importante des villages situés au Nord/Est, au Sud/Est et à l'Ouest. Ces résultats ne reflètent pas l'activité réelle des différentes structures : l'étude des fichiers de consultation donne plutôt à penser que d'une manière générale, le dispensaire privé de Diohine est le plus actif.

Par opposition, les consultations de thérapeutes traditionnels sont réparties de manière nettement plus uniforme : elles concernent une pluralité de sites répartis sur l'ensemble du territoire étudié, qui concentrent tous une faible part d'activité. Cependant, les consultations de thérapeutes traditionnels sont plus nombreuses dans les villages équipés de structure sanitaire. La cohabitation de l'offre de soins biomédicale et de l'offre de soins traditionnelle dans les mêmes espaces peut s'expliquer, d'une part, en raison de l'ajustement naturel amenant l'offre de soins sur les sites où la demande est la plus forte, notamment en raison de la taille ou de la densité de la population. Elle peut, d'autre part, être l'expression d'une logique de concurrence : les thérapeutes traditionnels sont d'autant plus visibles et captifs de clientèle qu'ils exercent à proximité de structures sanitaires générant une activité thérapeutique, dans des espaces formant de véritables pôles thérapeutiques.

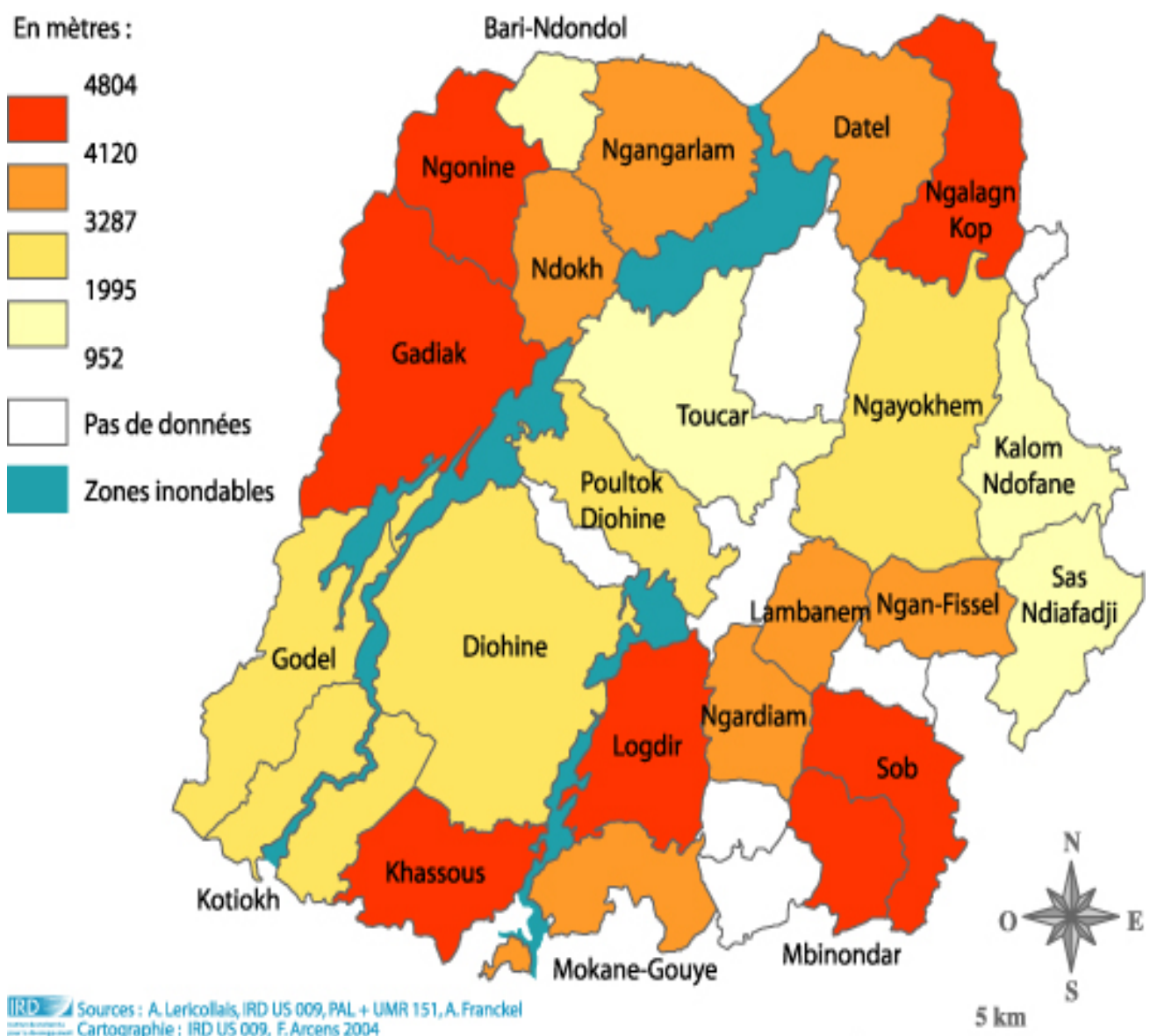
5.3.2 Les déplacements pour aller consulter

Pour étudier les parcours géographiques de l'itinéraire thérapeutiques, nous avons assimilé la localisation du lieu de consultation au centre géométrique des limites du village d'habitat. En première instance, la distance moyenne parcourue pour réaliser un recours externe est de 3,1 kilomètres, hormis les consultations réalisées sur des sites éloignés¹³³. La distance moyenne parcourue pour consulter en structure sanitaire, 3,8 kilomètres, est de 40 % supérieure à celle effectivement couverte pour la consultation d'un thérapeute traditionnel, 2,2 kilomètres. La distance séparant les ménages de la structure sanitaire la plus proche étant de 3,1 kilomètres, en première instance, les ménages parcourent en moyenne 700 mètres de plus que la distance strictement nécessaire pour accéder à une structure sanitaire, soit un rajout de l'ordre de 20 %.

¹³³ Dakar, Bambey, Fatick. Les distances sont ici toutes calculées à vol d'oiseau

Dans un contexte où le nombre de thérapeutes traditionnels en activité est important, les distances moyennes parcourues pour faire un recours traditionnel apparaissent également assez nettement supérieures à celles qu'il aurait fallu couvrir pour accéder au praticien le plus proche. L'allongement des distances minimalement nécessaires pour consulter en structure sanitaire ou auprès de thérapeutes traditionnels est donc réelle : elle rend en partie compte de l'existence de choix préférentiels liés à la perception de la qualité des soins offerts, mais peut également être expliquée par les effets d'opportunités de déplacement. Les distances moyennes parcourues pour réaliser un recours externe varient fortement selon les villages, sans toutefois s'inscrire dans une logique spatiale très claire (figure 5-7).

Figure 5- 7 : Distance moyenne parcourue pour aller en consultation, au cours des deux premiers recours externes selon les villages



Les ménages habitant des villages équipés d'un poste de santé ou d'une case de santé parcourent les distances de consultation les plus faibles. Cependant, la relation inverse n'est pas vraie, puisque, dans plusieurs villages éloignés des structures sanitaires, tels que Godel ou Kotiokh, les enfants consultent fréquemment auprès des thérapeutes traditionnels du village.

Dans la mesure où les différences dans les distances moyennes parcourues reflètent en partie des effets de composition de la nature des recours externes réalisés et étant donné que les recours biomédicaux demandent, en moyenne, des déplacements plus longs que les recours traditionnels, nous resterons prudents dans l'interprétation de ces résultats.

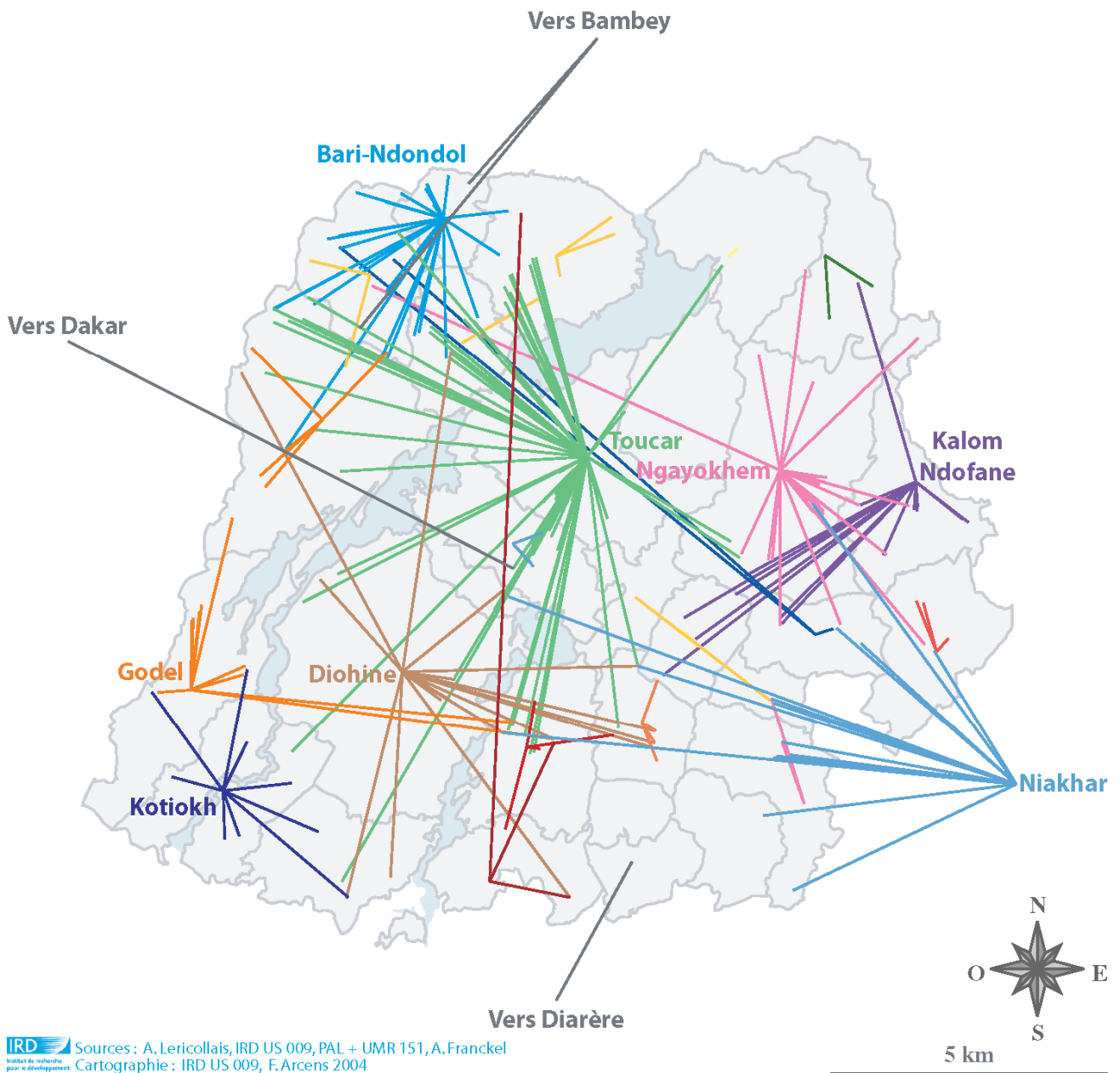
Les éléments d'analyse qui précèdent mettent en lumière l'existence de différences entre les villages, en particulier au niveau des distances parcourues pour aller consulter ; ces différences sont principalement liées à la situation géographique du village par rapport aux principaux sites d'offre thérapeutique et aux choix qualitatifs sélectionnant l'instance thérapeutique consultée.

Le constat d'une tendance à parcourir des distances supérieures à celles strictement nécessaires pour accéder à l'offre de soins la plus proche, pour la filière biomédicale comme pour les soins traditionnels, pose la question des trajectoires géographiques des itinéraires thérapeutiques.

La figure 5-8 représente pour les deux premiers recours externes¹³⁴, les déplacements réalisés : chaque trait correspond à une consultation et relie la concession du patient au centre du village où il a consulté.

¹³⁴ Les trajectoires prises en compte concernent les deux premiers recours réalisés au niveau des villages étudiés ou à proximité directe, à l'exclusion de ceux réalisés dans des lieux éloignés. La carte compte donc 285 traits, correspondant aux 242 recours externes de première instance et aux 45 recours de rang 2 réalisés à proximité de la zone.

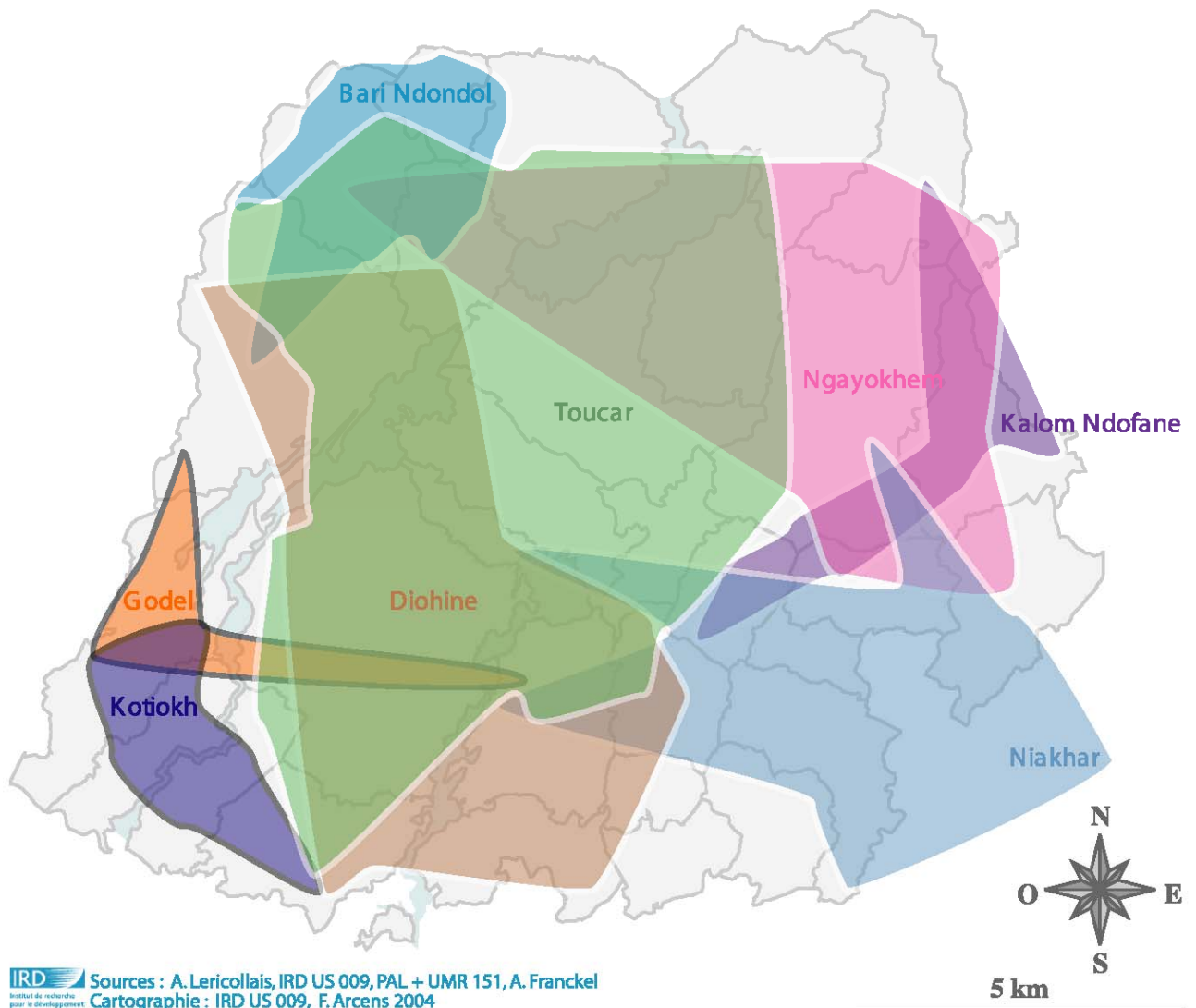
Figure 5- 8 : Représentation spatiale des déplacements effectués pour la mise en œuvre des deux premiers recours externes (n=292)



La représentation spatiale des trajectoires thérapeutiques met en évidence la complexité des déplacements : les populations couvrent fréquemment de longues distances, dans une recherche de soins dépassant les critères de proximité thérapeutique et le choix du thérapeute ne repose pas toujours sur une rationalité en terme de distance à parcourir. La carte des déplacements observés illustre l'existence de choix raisonnés au-delà des facteurs d'accessibilité géographiques.

En nous appuyant sur les entretiens menés sur le terrain, il apparaît que la principale motivation à couvrir, y compris en première instance, des distances supérieures à celles strictement nécessaires pour atteindre l'offre thérapeutique la plus proche est la recherche de soins de qualité, avec l'espoir de trouver un spécialiste compétent pour traiter la maladie de l'enfant. L'étude des trajectoires thérapeutiques au niveau agrégé met en évidence l'existence de sphères d'influence des différents pôles thérapeutiques, dans une logique dépassant le découpage naturel en terme de distances (figure 5-9).

Figure 5- 9 : Tendances générales et résumées des distances parcourues pour la mise en œuvre des deux premiers recours externes (n=292)



Les pôles d'attraction de malades issus de villages extérieurs sont majoritairement des sites équipés d'une structure sanitaire, mais deux villages, ceux de Godel et de Kotiokh, exclusivement pourvus de thérapeutes traditionnels, ont également un rayonnement extérieur conséquent. Bénéficiant sans doute de sa position centrale, le principal pôle d'attraction est Toucar, qui recrute ses patients dans de nombreux villages, y compris parmi les plus éloignés. Les villages de Niakhar, de Diohine et de Godel disposent également de sphères d'influence étendues à des villages éloignés ; à l'inverse, les pôles d'attraction de Bary-Ndondol et de Ngayokhème recrutent principalement leurs malades dans des villages frontaliers.

Dans la plupart des cas, la sphère d'influence des pôles thérapeutiques est éclatée en de multiples directions et les trajectoires prennent la forme d'une étoile : c'est nettement le cas pour Bary-Ndondol. Cependant, on observe également l'existence de traits très rapprochés, presque superposés : pour Toucar, notamment dans les directions Nord/Ouest et Sud ; pour Kalom au Sud/Ouest. Cette superposition de trajectoires thérapeutiques montre que, dans certains groupes de concessions rapprochés, le recours à une structure sanitaire bien spécifiée est intense : c'est la manifestation de modèles collectifs de prise en charge de la maladie (figure 5-9). Au sein des différents villages ou hameaux, il existe des habitudes partagées et des codes collectifs pour la perception de la qualité de l'offre de soins de chaque site thérapeutique : on va consulter un professionnel de santé qu'on connaît ou qui est recommandé par quelqu'un qui le connaît (Olivier de Sardan, 2003).

5.4 Analyse contextuelle et spatiale des comportements de recours aux soins

Pour approfondir l'analyse des pratiques thérapeutiques en terme de distance parcourue ou à parcourir, nous nous sommes intéressés aux différences dans les comportements thérapeutiques entre les villages et à l'implantation spatiale des différents modèles de prise en charge de la maladie. La comparaison des pratiques thérapeutiques à un niveau d'analyse agrégé, celui du village ou du groupe de villages¹³⁵, met en évidence d'importantes variations.

¹³⁵ Les ménages enquêtés sont appréhendés sur la base de 23 sites différents, après regroupement des villages avec des effectifs trop réduits pour apparaître significatifs, ainsi qu'indiqué en début de chapitre 6 ; les effectifs des villages sont compris entre 19 et 91.

Le milieu d'étude, dans un premier temps appréhendé comme homogène, se révèle être composé de multiples unités secondaires caractérisées par des modalités de prise en charge thérapeutique spécifiques : l'intensité de l'activité thérapeutique, le type et la nature des soins mis en œuvre varient fortement entre les villages (tableau 5-3).

Tableau 5- 3: Ecart maximum de la propension des enfants rattachés aux différents villages à réaliser différentes pratiques thérapeutiques

	Propension minimale	Propension maximale
Aucun soin à domicile	0	25
Deux soins à domicile	29,7	74,4
Recours externe	13,6	51,4
Deux recours externes	0	13,7
Médicaments en SAD	40,0	89,7
Chloroquine en SAD	0	28,2
Paracétamol en SAD	14,3	56,7
Enveloppement frais en SAD	0	40,0
Aliments spéciaux en SAD	0	23,3
Recours biomédical	5,0	40,0
Recours traditionnel	4,3	30,0
Recours biomédical 48 heures	0	27,6
Recours traditionnel 48 heures	0	21,1

D'un village à l'autre, la pratique de soins à domicile comme la consultation hors de la concession connaît d'importantes variations : la pratique de plusieurs soins à domicile frôle les 75 % dans trois villages, mais est inférieure à 40 % dans sept autres ; la réalisation d'un recours externe concerne jusqu'à la moitié des enfants dans un village mais moins de 20 % des enfants dans trois autres. La nature des soins à domicile pratiqués est également soumise à des variations très importantes : la consommation de médicaments varie du simple au double et celle du paracétamol dans un rapport supérieur à trois ; l'ingestion de chloroquine, nulle dans deux villages, est dans le même temps supérieure à 20 % dans trois d'entre eux (tableau 5-3). La consommation d'aliments spéciaux connaît des écarts comparables et l'utilisation de l'enveloppement frais est soumise à des variations encore plus importantes, avec en ses valeurs extrêmes, de 0 % à 40 % de pratique.

La propension à consulter en structure sanitaire, comme la tendance à recourir à un thérapeute traditionnel connaît des variations très marquées selon les villages, avec des rapports supérieurs à 5 (tableau 5-3). La propension à consulter en structure sanitaire dans les premières 48 heures de maladie connaît également de fortes variations : nulle dans deux villages, elle concerne plus de 25 % des enfants de trois villages.

Le délai au recours biomédical¹³⁶ varie fortement entre les villages, avec 1,8 jours (n=9) et 2,1 jours (n=19) pour délais minimums et 3,1 jours (n=16) et 3,3 jours (n=7) pour délais maximums ($t < 0,05$). Le recours rapide aux thérapeutes traditionnels varie également significativement.

Les résultats indiquent l'existence de profondes différences dans les comportements de recours aux soins selon les villages, au-delà des simples effets de distance aux infrastructures : la forte hétérogénéité des comportements thérapeutiques donne à penser que chaque village constitue une entité spécifique, dont les caractéristiques historiques, sociales, culturelles et économiques façonnent les normes de prise en charge thérapeutiques.

Dans le milieu d'étude, encore très traditionnel, le village reste un univers premier marqué par l'appartenance partagée à une ascendance remontant aux ancêtres fondateurs. La force de l'identité collective assimilant la population du village à un cercle de parenté élargi forge le caractère homogène et spécifique de chaque village, ce qui crée un cadre propre au conditionnement des pratiques thérapeutiques individuelles.

Pour l'essentiel, l'existence de différents modèles comportementaux confirme nos observations de terrain : en passant d'un village à l'autre, et parfois même d'un hameau à l'autre, les normes d'interprétation de la maladie et de prise en charge de l'enfant semblaient insérées dans des cadres profondément différents.

¹³⁶ recours de rang 1 et 2

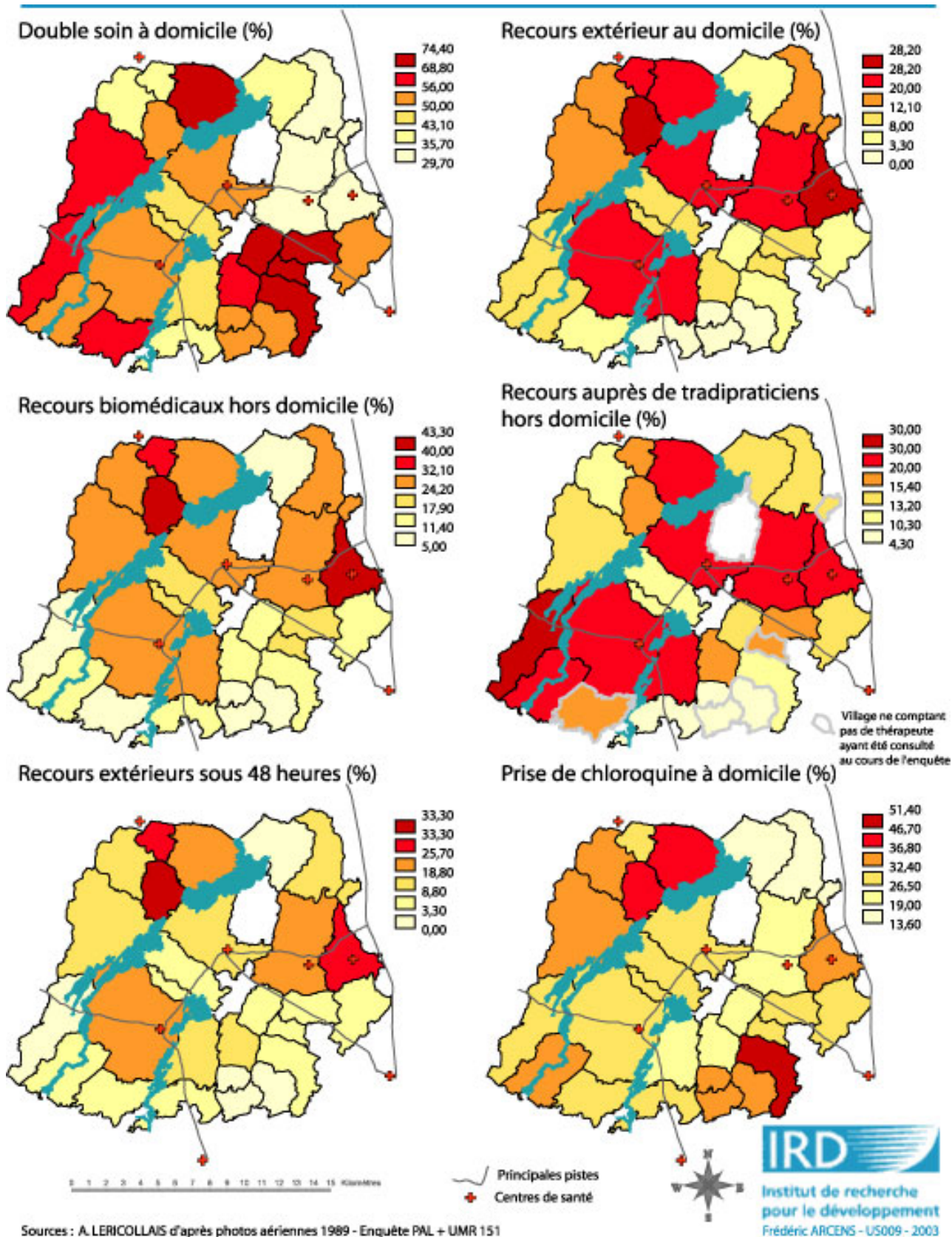
Pour illustrer les clivages existants, nous avons, à titre d'exemple, comparé les pratiques thérapeutiques mises en œuvre dans deux villages, Bary-Ndondol (n=29) et Sob (n=39).

A Bary-Ndondol, la prise en charge médicale des épisodes est fréquemment tournée vers la consultation de spécialistes hors de la concession. Les enfants de Bary-ndondol réalisent ainsi deux fois plus de recours externes que ceux de Sob, avec notamment une propension nettement supérieure à consulter en structure sanitaire, y compris plus rapidement : près d'un tiers d'entre eux a fait un recours biomédical, avec un délai de recours moyen de 1,8 jours, contre moins de 15 % des enfants de Sob, qui consultent en moyenne en 3 jours. A l'inverse, à Sob la prise en charge de l'enfant est principalement axée sur une prise en charge à domicile : 75 % des enfants y reçoivent plusieurs soins à domicile, soit deux fois plus souvent qu'à Bary-Ndondol.

De fait, à Sob la consommation de médicaments dans le cadre des soins à domicile est généralisée : elle concerne 90 % des enfants, contre 60 % de ceux de Bary-Ndondol ; en particulier, 30 % des enfants de Sob consomment de la chloroquine dans le cadre des soins à domicile, soit deux fois plus qu'à Bary-Ndondol. Les deux villages s'opposent également par la propension à utiliser l'enveloppement frais : elle concerne un tiers des enfants à Sob mais est nulle à Bary-Ndondol.

Pour approfondir l'analyse des comportements thérapeutiques au niveau des villages, nous avons représenté la propension à pratiquer différents actes thérapeutiques dans chaque village : la figure 5-10 indique, selon les limites administratives des villages, la propension des ménages à réaliser un recours externe, un recours biomédical, un recours biomédical en moins de 48 heures, un recours traditionnel, plusieurs soins à domicile et à consommer de la chloroquine dans le cadre des soins à domicile, à partir d'une échelle à six classes.

Figure 5- 10 : Propension à réaliser un recours externe, un recours biomédical, un recours biomédical en moins de 48 heures, un recours traditionnel, plusieurs soins à domicile et à consommer de la chloroquine dans le cadre des soins à domicile dans les différents villages enquêtés



Sources : A. LERICOLLAIS d'après photos aériennes 1989 - Enquête PAL + UMR 151

La propension à pratiquer plusieurs soins à domicile semble varier entre les villages selon une double logique. Il apparaît, d'une part, que la pratique de plusieurs soins à domicile est légèrement moins fréquente dans les villages équipés d'une structure sanitaire. Les villages situés au Nord/Est se distinguent, d'autre part, en raison d'une faible tendance à la pratique de plusieurs soins à domicile ; ils s'opposent particulièrement à un groupe de villages situés au Sud/Est et à ceux les plus à l'Ouest, qui eux, pratiquent très fréquemment plusieurs soins à domicile différents.

La représentation dans l'espace de la consommation de chloroquine confirme la faible influence de la distance aux structures de santé et l'existence de fortes variations d'un village à l'autre. En l'absence de tendances marquées, l'ingestion de chloroquine semble moins importante dans les villages situés au niveau d'une grande bande centrale allant du Nord/Est au Sud/Ouest ; elle est, au contraire, plus forte dans deux ensembles de villages, situés au Nord/Ouest et au Sud/Est.

La représentation spatiale, village par village, de la propension à consulter en structure sanitaire confirme l'influence de la proximité aux structures sanitaires, mais décrit une nouvelle dimension, en terme de blocs de villages : la propension à réaliser un recours biomédical est, de manière générale, plus fréquente dans les villages situés dans la moitié Nord que dans la moitié Sud, exception faite du grand village de Diohine, où est implanté le dispensaire privé catholique (figure 5-10). Dans la même logique, la représentation spatiale des niveaux de consultation rapide en structure sanitaire réaffirme le clivage entre les villages situés dans le Nord et ceux du Sud, bien que les limites de cette opposition soient moins claires. Par ailleurs, les ménages issus de villages disposant d'une structure sanitaire consultent plus souvent en structure sanitaire dans les premières 48 heures de maladie.

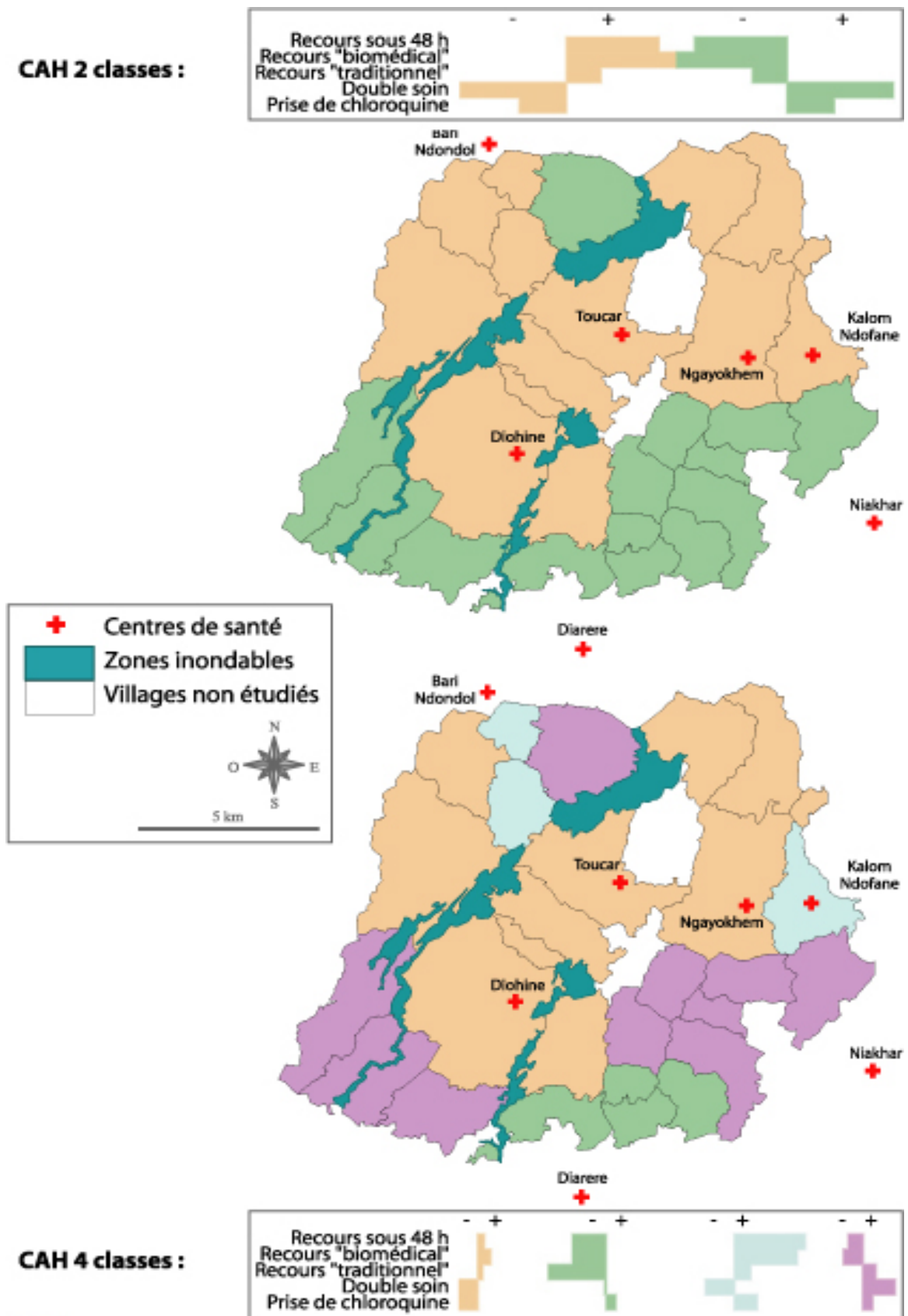
On observe cependant, au sein des villages équipés d'une structure sanitaire, des variations dans le délai au recours biomédical. Ces variations semblent indépendantes de la présence de thérapeutes traditionnels : le délai moyen au recours biomédical est moins important à Ngayokhème, 2,1 jours (n=19) qu'à Toukar, 3 jours (n=8), alors que le village de Ngayokhème est réputé pour l'importante activité de ses thérapeutes traditionnels.

La représentation dans l'espace de la propension à réaliser un recours traditionnel dans les différents villages souligne, comme indiqué lors d'analyses précédentes, l'association entre la proximité aux structures sanitaires et la consultation de thérapeutes traditionnels. On observe cependant d'autres effets, notamment perceptibles dans l'existence de variations de la propension à consulter un thérapeute traditionnel au sein des villages sensiblement éloignés des structures sanitaires : les villages situés au Sud/Ouest, caractérisés par une forte tendance à consulter des thérapeutes traditionnels, s'opposent aux villages du Sud/Est, où le recours aux thérapeutes traditionnels est minimal. Combinant les effets des variations des niveaux de consultation biomédicale et traditionnelle, la représentation spatiale de la propension à réaliser un recours externe renforce l'opposition entre un bloc de village Nord/Est et un ensemble de villages situés au Sud, hormis le village de Diohine, qui bénéficie d'un statut particulier en raison de l'intense activité de son dispensaire.

La représentation dans l'espace de la propension des ménages à réaliser différents actes thérapeutiques, avec le village comme unité d'analyse, souligne l'existence de fortes variations. Les variations s'inscrivent dans une logique d'ensemble faisant apparaître des blocs constitués de plusieurs villages.

Pour approfondir les variations spatialement marquées des comportements thérapeutiques entre les villages, nous avons procédé à une classification ascendante hiérarchique de l'ensemble des villages, en prenant en compte 5 variables : le recours biomédical, le recours biomédical rapide, le recours traditionnel, la consommation de chloroquine en soin à domicile et la réalisation de plusieurs soins à domicile. La procédure d'analyse mise en œuvre consiste à rapprocher, au cours d'une succession d'étapes à différents niveaux hiérarchiques, des villages qui, en fonction des 5 variables retenues pour caractériser les comportements, se ressemblent, comparativement à l'ensemble des villages. L'analyse prend donc la forme d'une arborescence, avec à la base les 29 villages rangés linéairement en fonction de leurs ressemblances réciproques puis, successivement, différents niveaux assemblant deux à deux les villages se ressemblant le plus, formant ainsi des classes définies par la moyenne des valeurs des variables des villages la composant. L'intérêt majeur de cette technique d'analyse, qui réduit la classification naturelle de départ de 29 villages à un faible nombre de classes, est de permettre de résumer les principaux découpages. La figure 5-11 représente les résultats de la classification ascendante hiérarchique à deux niveaux distincts : l'un distingue quatre classes, avec un rendu d'information détaillé, l'autre distingue deux classes, facilitant la lisibilité des résultats.

Figure 5- 11 : Classification des villages étudiés en fonction des différents types de recours thérapeutiques



IRD Sources : A. Lericollais, IRD US 009, PAL + UMR 151, A. Franckel
 Cartographie : IRD US 009, F. Arcens 2004

L'analyse classificatoire à quatre classes propose un découpage spatial des villages enquêtés en blocs relativement homogènes. Chaque groupe de villages se caractérise par un modèle spécifique de traitement de la maladie : la propension à réaliser plusieurs soins à domicile, à consommer de la chloroquine et à consulter en structure sanitaire est chaque fois différente au sein des quatre groupes de villages.

Une première classe est constituée de trois villages non agrégés sur le plan spatial se distinguant par les comportements de recours aux soins les plus en adéquation avec les recommandations des autorités sanitaires. Ainsi, dans les villages de Ndokh, Bary-Ndondol et de Kalom (en bleu clair), la consultation en structure sanitaire, y compris au cours des premières heures de maladie, est nettement plus fréquente ; dans une moindre mesure, la consommation de chloroquine dans le cadre des soins à domicile y est plus importante. De manière moins marquée, ces trois villages se caractérisent également par une propension légèrement supérieure à consulter auprès de thérapeutes traditionnels et par une mise en œuvre moins fréquente de plusieurs soins à domicile.

Une seconde classe est composée d'une dizaine de villages, agrégés autour de la partie centrale de la zone d'étude. Ils constituent les villages les plus proches de la norme d'ensemble, avec toutefois une légère tendance à réaliser plus de recours biomédicaux et traditionnels ; ils pratiquent en revanche moins souvent plusieurs soins à domicile et consomment moins de chloroquine.

Une troisième classe regroupe plusieurs groupes de villages agrégés, l'un situé au Sud/Ouest, l'autre au Sud/Est, plus le village de Ngangarlam au Nord. Les ménages de cette classe se caractérisent par une tendance marquée à réaliser plusieurs soins à domicile ; dans une moindre mesure, ils ont également tendance à privilégier la consommation de chloroquine et la consultation de thérapeutes traditionnels. En revanche, ils fréquentent moins les structures sanitaires, y compris dès le début de la maladie.

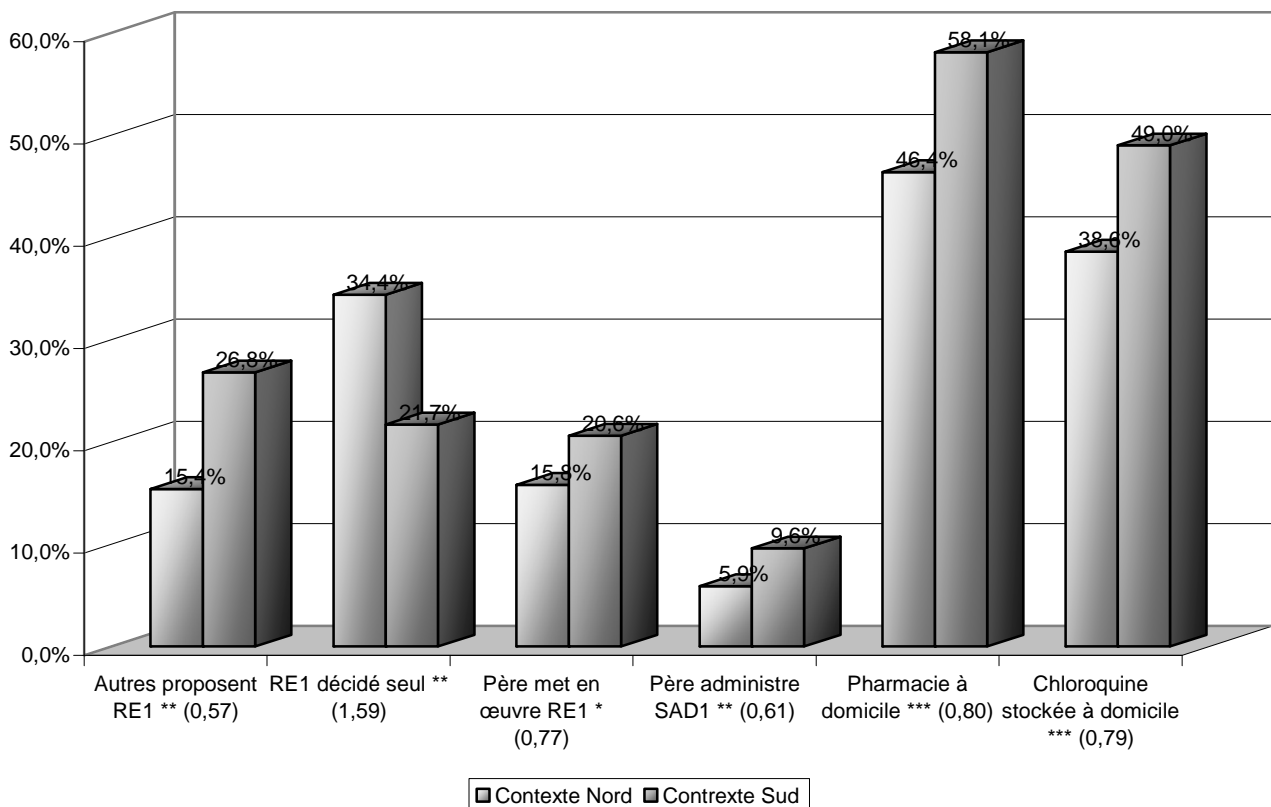
Un petit ensemble de villages situés au Sud de la zone forme la quatrième composante, caractérisée par une faible activité thérapeutique, avec notamment, une moindre propension à la réalisation de recours externes : plus encore que la consultation en structure sanitaire, le recours à des thérapeutes traditionnels y est faible. La spécificité de ces villages tient à ce que la moindre propension à mettre en œuvre des recours externes ne soit pas compensée par une pratique plus intense des soins à domicile ; en particulier, l'ingestion de chloroquine n'est que très légèrement renforcée.

L'analyse classificatoire ascendante à deux classes propose un découpage spatial de la zone particulièrement homogène. La première composante s'étend, à partir du milieu de la zone, sur toute la partie Nord, plus le village de Diohine et moins celui de Ngangarlam. La seconde composante regroupe l'ensemble des villages composant le pourtour Sud de la zone, le long d'une bande continue allant d'Ouest en Est, avec un élargissement au Sud/Est. Les cinq variables comportementales prises en compte mettent toutes en évidence l'existence de pratiques thérapeutiques très différentes entre les deux groupes de villages. Les associations entre les paramètres caractérisant les comportements de recours aux soins tendent à opposer un modèle de prise en charge tourné vers l'extérieur et un modèle centré sur les soins à domicile : le recours biomédical, le recours biomédical rapide et le recours traditionnel sont opposés à la réalisation de plusieurs soins à domicile et à la consommation de chloroquine.

Les villages de la moitié Nord se caractérisent en premier lieu par une forte propension à réaliser des recours biomédicaux et une moindre tendance à pratiquer plusieurs soins à domicile différents. De manière moins marquée, ils se distinguent également par la réalisation plus fréquente de recours rapides aux structures sanitaires et par une moindre consommation de chloroquine dans le cadre des soins à domicile. Les villages de la moitié Sud ont des pratiques opposées : une tendance à réaliser très peu de recours biomédicaux, peu de recours traditionnels et une forte propension à réaliser plusieurs soins à domicile, notamment à travers l'ingestion de chloroquine.

Les résultats de l'analyse ascendante classificatoire confirment l'existence de fortes disparités dans les comportements thérapeutiques selon les villages. L'étude des conditions de prise en charge de la maladie dans les deux principaux contextes fait également apparaître de profondes différences dans la prise en charge de la maladie et la planification des moyens médicaux (figure 5-12).

Figure 5- 12 : Conditions de prise en charge de l'enfant malade selon le contexte d'habitat : contexte Nord (N=538) ou contexte Sud (N=364)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

Dans le contexte Sud, l'entourage familial est nettement plus impliqué dans la construction de l'itinéraire thérapeutique : les décisions thérapeutiques sont associées à un schéma décisionnel collectif, avec une participation plus forte du père à la mise en œuvre comme à l'administration des soins et une plus forte propension des personnes extérieures au couple parental à prendre l'initiative des recours externes. Les ménages du contexte Sud privilégient également significativement la possession d'une pharmacie à domicile, notamment à travers la stockage de chloroquine (figure 5-12). En outre, en l'absence de relation statistiquement significative, le délai moyen au premier recours biomédical est plus court dans les villages de la partie Nord 2,5 jours (N=129) que dans ceux de la partie Sud, 2,8 jours (N=43).

Le premier recours biomédical est mis en œuvre avec une somme significativement plus importante dans les villages de la partie Sud : 1750 Francs en moyenne (N=42) contre 1450 Francs dans le Nord (N=119) ($T > 0,001$), pour un coût moyen de traitement identique, à 10 francs CFA près.

La représentation spatiale des modèles de prise en charge de la maladie met en évidence l'existence d'un découpage territorial opposant des blocs de villages, caractérisés par des pratiques thérapeutiques et des normes de prise en charge de la maladie sensiblement différentes. Pour tenter d'expliquer et de comprendre les facteurs présidant à la définition des différents contextes thérapeutiques, nous nous sommes intéressé aux caractéristiques des villages.

5.5 Les caractéristiques des villages

L'analyse contextuelle et spatiale montre qu'au-delà des caractéristiques individuelles des enfants malades et de leurs ménages, les comportements de recours aux soins sont déterminés par des paramètres contextuels : les pratiques thérapeutiques varient fortement entre les villages ou entre des groupes de villages. Pour comprendre et expliquer les fondements de cette influence contextuelle, nous avons cherché à prendre en compte différents paramètres susceptibles de façonner les normes de prise en charge de la maladie dans les différents villages. Dans cette démarche, nous avons été confrontés à la difficulté de rendre compte, par des mesures quantifiables, de plusieurs caractéristiques, telles que l'histoire du village, la personnalité du chef de village ou la nature des liens unissant les habitants du village. Ainsi, bien que la présence de guérisseurs en activité nous semble constituer un paramètre particulièrement discriminant, confrontés à la difficulté de recenser de manière fiable les thérapeutes traditionnels en activité, nous ne l'avons pas pris en compte : nous ne pourrions donc valider l'idée que la présence de guérisseurs contribue à maintenir un cadre d'interprétation de la maladie accordant une large place à la suspicion et à la sorcellerie.

En nous appuyant sur les données de l'observatoire de population de Niakhar qui recense, jusqu'aux périodes les plus récentes, des informations sur les caractéristiques des villages, nous avons qualifié les villages à partir de sept indicateurs distincts : l'équipement en structure sanitaire, en cabine téléphonique, en écoles, le niveau économique du village, sa densité, son mode d'approvisionnement en eau et le taux de scolarisation des enfants.

Certains de ces indicateurs sont corrélés entre eux : les villages équipés de structure sanitaire sont également majoritairement ceux équipés de cabine téléphonique ; les gros villages concentrent à la fois l'implantation des structures sanitaires, une forte densité d'habitants, des équipements scolaires ou téléphoniques et une alimentation par eau de forage. L'étude du cadre de vie des ménages enquêtés à travers le prisme du contexte d'habitat met en évidence l'existence de différences significatives entre les groupes agrégés de villages (tableau 5-4).

Tableau 5- 4 : Part dans les deux contextes d'habitat, le Nord et le Sud, des ménages résidant dans un village possédant ou non différentes caractéristiques

	Village favorisé sur le plan économique	Village avec eau de Forage	Village avec structure sanitaire	Village avec cabine téléphonique.	Village avec Densité faible	Village avec école publique	Village avec scolarisation supérieure à la moyenne	N
Contexte	**	***	***	***	***	***	***	902
Nord	27,9	64,1	33,3	21,4	10,8	75,7	33,5	538
Sud	35,7	100	0	0	47,8	55,8	8,2	364

*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

Plusieurs caractéristiques des villages semblent pouvoir expliquer la propension supérieure des ménages du contexte Nord à consulter en structure sanitaire. D'une part en effet, les villages du Nord bénéficient d'une proximité géographique aux structures sanitaires : ils sont situés à une distance moyenne d'une structure sanitaire, 2 620 mètres (n=538), significativement inférieure à celle des ménages de la partie Sud, 3 980 mètres (n=363) ($\sigma=1580$) ($t<0,01$), d'abord du fait de l'absence de toute structure sanitaire dans le contexte Sud. D'autre part, l'implantation d'infrastructures scolaires est plus importante dans le contexte Nord et, logiquement, les ménages de la partie Nord se caractérisent par un niveau de scolarisation des 6-19 ans nettement supérieur à celui du Sud. Enfin, les ménages du Nord sont nettement plus nombreux à avoir accès à des équipements facilitant les ouvertures extérieures et les contacts réguliers hors du milieu d'étude : alors qu'on ne trouve pas de ligne téléphonique dans le Sud, plus de 20 % des ménages du Nord vivent à proximité d'une cabine téléphonique. Dans la logique inverse, la faible densité des villages du Sud, majoritairement structurés selon un habitat dispersé associé à une grande autonomie des cellules familiales, contribue à renforcer l'utilisation des soins à domicile.

Les paramètres collectifs sociaux et économiques possèdent donc un pouvoir explicatif sur l'agrégation des villages en zones contextuelles caractérisées par des pratiques thérapeutiques différentes. Pour en approfondir les implications de manière plus détaillée, nous avons prolongé cette analyse au niveau local en revenant à une étude des liens entre ces différents paramètres et les pratiques thérapeutiques au niveau du village.

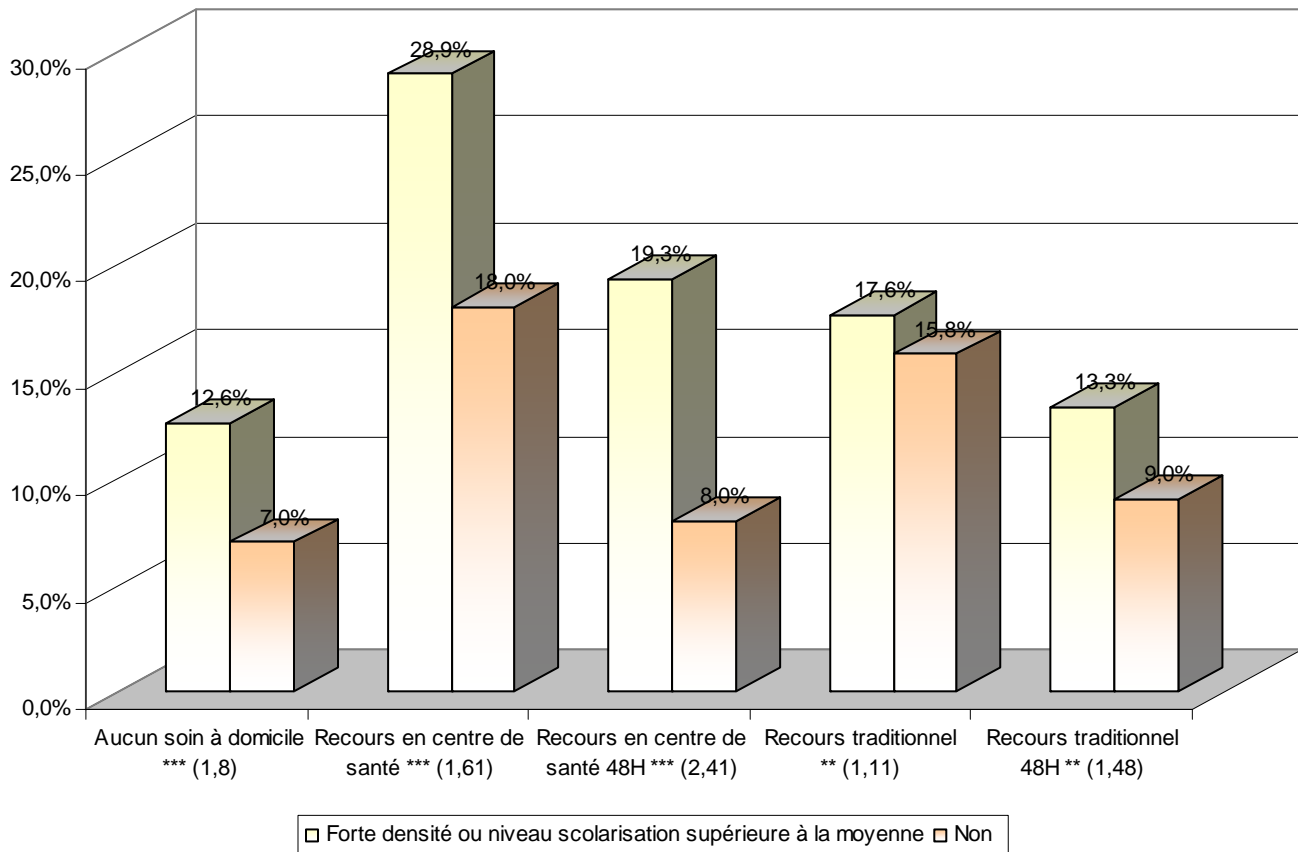
La pratique de soins à domicile est directement associée au dénuement, entendu comme expression des caractéristiques les moins favorables, et notamment de l'absence d'équipements collectifs. Ainsi, la pratique d'au moins un soin à domicile est 1,5 fois plus fréquente dans les villages les moins bien dotés sur le plan économique ; l'absence de structure sanitaire est associée à la pratique 2,4 fois et 1,4 fois plus fréquente d'un ou de plusieurs soins à domicile, avec notamment une consommation 1,5 fois plus forte de paracétamol ; l'absence de cabine téléphonique, l'absence d'école formelle et le faible taux de scolarisation ont des influences comparables (tableau annexe 5.7). On observe également des associations entre les caractéristiques des villages et la nature des soins pratiqués : l'enveloppement frais est 1,7 fois plus pratiqué dans les villages riches, la consommation de chloroquine augmente avec la densité du village et la consommation de médicaments, notamment celle de paracétamol, diminue en cas de présence de structures sanitaires.

De manière attendue, la consultation en structure sanitaire est un comportement thérapeutique privilégié dans les villages les mieux équipés ou aux caractéristiques favorables. Ainsi, très logiquement, les ménages habitant des villages dotés d'une structure sanitaire réalisent 1,5 fois plus de recours biomédicaux et 1,3 fois plus de recours traditionnels, y compris au cours des premières heures de maladie (tableau annexe 5.6). Les villages ayant un taux de scolarisation supérieur à la moyenne se caractérisent par une consultation en structure sanitaire 1,5 fois plus fréquente, avec 2,0 fois plus de recours au cours des 48 premières heures de maladie. La densité est linéairement associée à la consultation en structure sanitaire, avec un rapport de fréquence de 2,1 entre les villages à forte densité et ceux à faible densité, passant à 3,9 pour le recours en structure sanitaire au cours des premières heures de maladie.

Pour approfondir l'influence des facteurs contextuels, nous avons constitué un indicateur associant le niveau de densité et le niveau de scolarisation des villages. Les ménages appartenant soit à des villages caractérisés par une forte densité soit par un niveau de scolarisation supérieur à la moyenne ont une pratique moins importante des soins à domicile.

Ils sont en revanche caractérisés par une propension 1,5 fois plus importante à consulter auprès des guérisseurs et 1,6 fois plus importante à consulter en structure sanitaire, 2,4 fois au cours des premières 48 heures (figure 5-13).

Figure 5- 13 : Pratiques thérapeutiques selon les caractéristiques du village d’habitat : le village d’habitat a une forte densité ou un niveau de scolarisation supérieur à la moyenne (N=301) ou non (N=601)



*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; * Significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 % ; (rapport de fréquence)

5.6 Conclusion partielle

Abondant dans le sens de nombreuses études, nos résultats montrent que les pratiques thérapeutiques varient fortement en fonction de la distance séparant la concession d’habitat des principales pistes et de la structure sanitaire la plus proche (Lindblade et al., 2000 ; Slutsker et al., 1994 ; Tarimo et al. ; Thera et al., 2000 ; Watling, 1995 ; Dulhunty et al., 2000). Nous avons ainsi observé une diminution linéaire de la propension à réaliser un recours externe et une augmentation de la pratique des soins à domicile avec l’éloignement de la concession à la structure sanitaire la plus proche.

Dans la même logique, en dépit de la pertinence très relative de la notion d'axes principaux de communication pour les villages enquêtés, il est apparu que la consommation de chloroquine dans le cadre des soins à domicile augmente fortement dans les villages les plus éloignés. Ce résultat s'explique principalement par la tendance, dans les villages périphériques, à adopter des stratégies de conservation des médicaments au sein de pharmacies à domicile, dans la mesure où, de par leur éloignement, les ménages ont un accès plus difficile aux sites de vente officiels ou informels de médicaments.

L'éloignement aux infrastructures induit de fortes variations dans le type de soins pratiqué, mais de manière originale, l'accessibilité géographique des structures sanitaires influence relativement peu la nature de la filière thérapeutique sollicitée : la proximité des centres de biomédicaux favorise à la fois la propension à consulter en structure sanitaire et auprès de thérapeutes traditionnels. Ce résultat, au premier abord surprenant, s'explique d'abord par la concentration dans l'espace de l'offre biomédicale et traditionnelle : les sites d'implantation des structures sanitaires sont également des pôles où exercent un nombre important de thérapeutes traditionnels. La densité et la diversité de l'offre thérapeutique a pour conséquence d'intensifier l'ensemble de l'activité thérapeutique, sans que la réalisation d'un soin se fasse directement au détriment d'un autre. Dans la mesure où les caractéristiques de l'offre médicale influencent plus le type que la nature des soins pratiqués, les différentes filières thérapeutiques apparaissent plus complémentaires que concurrentes.

La relation entre la proximité aux structures sanitaires et l'activité thérapeutique s'explique largement par l'impact des coûts indirects de consultation, en terme de perte de temps ou de pénibilité du déplacement. Dans cette perspective, l'amélioration de l'accessibilité des soins permettrait d'augmenter la propension à effectuer un recours biomédical et de réduire significativement les délais de consultation. Les efforts pour rendre accessibles les soins ne seront cependant efficaces que s'ils sont accompagnés d'une amélioration de l'efficacité des soins : l'étude des déplacements associés aux consultations hors de la concession montre que la population est prête à couvrir de longues distances pour consulter un spécialiste dès lors que ses soins sont perçus comme efficaces.

A un niveau d'analyse agrégé considérant les villages ou les blocs de villages, les effets de la distance aux infrastructures peuvent également être considérés comme l'expression de paramètres contextuels. L'étude village par village des comportements de recours aux soins met en effet en évidence l'existence de plusieurs contextes, caractérisés par des normes de comportements de recours aux soins très différentes.

Les découpages territoriaux des pratiques thérapeutiques, principalement articulés autour d'une opposition entre les villages situés dans le Nord de la zone d'étude et ceux situés dans le Sud, correspondent à des univers contextuels marqués par des caractéristiques économiques, sociales et culturelles spécifiques.

Dans le cadre de cette étude quantitative, les facteurs précisément associés à la définition des contextes thérapeutiques restent difficiles à identifier ; il apparaît cependant que la définition des normes thérapeutiques dans les différents villages est notamment liée à la taille du village, à ses équipements, à l'offre de soins disponible et au niveau de scolarisation.

Dans de futures études associant d'autres sciences sociales, il serait intéressant d'investiguer ce en quoi les paramètres historiques, culturels et administratifs contribuent à former des cadres de vie sensiblement différents : en effet, les villages de la zone sont administrativement rattachés à deux communautés rurales différentes, celle de Niakhar et celle de Diarère ; ils appartiennent à trois sous-aires culturelles proposant des systèmes de représentations de la maladie non homogènes (Faye, 2001) ; l'histoire du peuplement des villages, en relation avec les politiques d'extension des terres du royaume Sereer autour de la capitale Diakhao, est associée à des vagues successives de création de villages, donnant lieu à une structuration de l'habitat très diverse.

Chapitre 6 - Analyse multivariée

Les analyses croisées ont mis en évidence de nombreuses corrélations entre les comportements de recours aux soins et une multiplicité de paramètres caractérisant d'une part, l'enfant et son ménage et d'autre part, le cadre contextuel appréhendé au niveau du village d'habitat. Pour déterminer les contributions relatives de chacun des facteurs prédictifs, nous avons construit des modèles de régression logistique permettant de mesurer, « toutes choses égales par ailleurs », le poids relatif des différentes variables explicatives. Conformément aux orientations du cadre théorique et pour répondre aux préoccupations de santé publique, nous avons construit trois modèles de régressions logistiques, autour de trois variables dépendantes différentes : la consommation de chloroquine dans le cadre des soins à domicile, la consultation en structure sanitaire et la consultation en structure sanitaire en moins de 48 heures.

Les modèles ont été construits selon une méthodologie d'analyse descendante pas à pas intégrant les variables définies par le cadre théorique et par les analyses univariées. Au regard de nos hypothèses de recherche et de la littérature, nous avons retenu quatre variables de contrôle, forcées dans les modèles : l'âge de l'enfant, son sexe, le niveau d'instruction de ses parents et le statut économique du ménage. La sélection des variables introduites dans le modèle s'est appuyée sur les associations statistiques observées au niveau univarié, avec un ajustement de la sélection privilégiant les variables corrélées à la variable dépendante à un seuil de significativité inférieur à 20 % ; cette sélection a été effectuée au sein de chaque catégorie explicative, en supprimant les variables corrélées entre elles. Nous avons ainsi préféré l'âge de la mère au rang de naissance de l'enfant et l'âge de l'enfant à son statut au regard de l'allaitement.

6.1 La consommation de chloroquine en soin à domicile

Le modèle de régression logistique de consommation de chloroquine dans le cadre des soins à domicile retient 14 variables explicatives et ajuste correctement les données observées (tableau 6-1). Le niveau de vraisemblance expliqué par le modèle est de l'ordre de 18 % (Pseudo R²).

Tableau 6- 1 : Régression logistique évaluant les effets de variables sur la consommation de chloroquine dans le cadre des soins à domicile

Observations = 852 Prob > chi2 (Wald) = 0,000 Pseudo R2 = 0,1827	P> z ¹³⁷	IC ¹³⁸		OR ¹³⁹
Pharmacie à domicile (réf : pas de chloroquine) Chloroquine conservée à domicile	0,000	2,36	6,72	3,98
Sources d'informations en santé (réf : pas officielles) Officielles	0,002	1,36	3,77	2,27
Sexe de l'enfant (réf : sexe masculin) Sexe féminin	0,690	0,56	1,46	0,91
Age de l'enfant (réf : 0 – 2 ans) Enfant âgé de 3 ans et plus	0,044	1,02	2,96	1,73
Niveau d'instruction (réf : ni alphabétisation ni primaire comp.) Un des parents alphabétisé ou avec primaire complet	0,221	0,82	2,38	1,40
Expérience migratoire (réf : Pas d'expérience migratoire forte) Un des parents a une forte expérience migratoire	0,050	1,00	2,64	1,63
Niveau économique du ménage (réf : ménage non aisé) Aisé	0,387	0,75	2,13	1,26
Taille de la concession (continue)	0,041	0,97	1,00	0,99
Nombre d'adultes dans le ménage (réf : 5 adultes et plus) Moins de 5 adultes	0,001	1,51	4,66	2,65
Nombre d'enfants de 0 à 5 ans dans le ménage (réf : moins 5) 5 enfants et plus	0,011	1,18	3,48	2,02
Structure par âge du ménage (réf : Ratio jeunes/adultes - 1,2) Ratio moins 20 ans /adultes supérieur à 1,2	0,041	1,02	3,33	1,85
Présence de la grand-mère paternelle de l'enfant (réf : non) Oui	0,010	1,17	3,18	1,93
Distance aux principales pistes (réf : Moins de 2 kilomètres) Concession située à plus de 2 kilomètres des principales pistes	0,016	1,12	3,01	1,84
Pratique de plusieurs soins à domicile (réf : non) Oui	0,000	1,55	4,28	2,57

¹³⁷

¹³⁸ Intervalle de confiance à 95 %

¹³⁹ Odd Ratio Ajusté

Les variables déterminant l'ingestion de chloroquine dans le cadre des soins à domicile après ajustement sont issues de plusieurs catégories explicatives différentes. Parmi les variables de contrôle, le sexe de l'enfant, le niveau d'instruction des parents et le niveau économique du ménage ne sont pas statistiquement associés à la consommation de chloroquine en automédication. Toutes choses égales par ailleurs, les caractéristiques de la symptomatologie et la perception de la maladie enquêtée n'influencent pas la consommation de chloroquine dans le cadre des soins à domicile. La décision d'administrer de la chloroquine en automédication apparaît donc relativement indépendante des caractéristiques de la maladie et ne semble pas constituer une réponse à une symptomatologie spécifique.

Après ajustement sur les autres variables, la consommation de chloroquine dans le cadre des soins à domicile est fortement déterminée par les attitudes en matière de stratégies thérapeutiques et de planification des soins. Ainsi, la propension à consommer de la chloroquine augmente fortement en fonction de l'habitude du ménage à constituer une pharmacie à domicile comprenant de la chloroquine (OR=3,98). L'exposition des parents de l'enfant aux messages d'information sanitaire véhiculés par les institutions officielles, médicales ou civiles¹⁴⁰, favorise également la consommation de chloroquine (OR=2,27). En revanche, les connaissances et les représentations du paludisme n'influencent pas significativement la consommation de chloroquine dans le cadre des soins à domicile.

Parmi les variables socio-démographiques caractérisant l'enfant, ses parents et son groupe familial, seul l'âge de l'enfant, et dans une moindre mesure, l'expérience migratoire de ses parents déterminent la propension à consommer de la chloroquine dans le cadre des soins à domicile. Ainsi, la consommation de chloroquine est nettement plus forte pour les enfants âgés de plus de deux ans (OR=1,73). Ce résultat s'explique d'abord par les conditions de d'administration de la chloroquine, qui restent problématiques aux jeunes âges. En outre, si toutes choses égales par ailleurs, l'expérience migratoire des parents n'est pas significativement associée à l'ingestion de chloroquine, elle semble en être un facteur prédisposant : en cas de séjour prolongé ou avec une profonde immersion dans le milieu d'accueil, la migration circulaire en ville constitue l'occasion de nouvelles expériences, y compris sur le plan thérapeutique. Or, dans les grandes agglomérations, particulièrement à Dakar, la chloroquine est moins stigmatisée, plus disponible et d'usage plus fréquent que dans le milieu d'étude.

¹⁴⁰ Par des contacts avec les agents biomédicaux, à l'école ou par les médias.

Toutes choses égales par ailleurs, la propension à consommer de la chloroquine varie significativement en fonction de la morphologie de la cellule familiale. Ainsi, l'ingestion de chloroquine diminue significativement avec la taille de la concession. A l'inverse, après ajustement sur les autres variables, la consommation de chloroquine est nettement plus importante dans les ménages composés de peu d'adultes (OR=2,65) et, en l'absence de relation statistiquement significative, dans les ménages comptant au moins 5 enfants (OR=2,02). Confirmant l'existence de pratiques thérapeutiques différentes selon les morphotypes des unités domestiques, la consommation de chloroquine est majorée dans les ménages comptant un nombre important de jeunes, rapporté au nombre d'adultes¹⁴¹ (OR=1,85). La composition du ménage a également une influence sur la consommation de chloroquine : la présence de la grand-mère paternelle dans le ménage de l'enfant majore l'ingestion de chloroquine (OR=1,93). Ce résultat, plutôt inattendu au regard de la littérature, souligne la complexité de l'influence exercée par la présence de la grand-mère paternelle : elle ne privilégie pas systématiquement et exclusivement l'utilisation de soins traditionnels, pratiqués spontanément à domicile ou par un thérapeute spécialisé.

Confirmant les résultats de l'analyse descriptive, la distance séparant la concession d'habitat et les principales pistes détermine fortement la propension à administrer de la chloroquine : les ménages situés à plus de 2 kilomètres des principales voies de communication consomment significativement plus de chloroquine dans le cadre des soins à domicile (OR=1,84). Ce résultat met en évidence l'impact de l'isolement par rapport aux villages centres : la moindre accessibilité des moyens médicaux induit une prise en charge du paludisme plus axée sur les pharmacies à domicile, avec notamment, dans la logique des stratégies de chimio prophylaxie préventive, une conservation des comprimés de chloroquine.

La pratique de plusieurs soins à domicile est une condition favorable à la consommation de chloroquine (OR=2,57), ce qui met en avant son caractère de « soin complémentaire et non exclusif » : plus de 70 % des enfants ayant consommé de la chloroquine ont bénéficié d'un autre soin à domicile, la chloroquine étant le médicament le plus souvent associé à d'autres soins à domicile.

¹⁴¹ Les variables caractérisant le nombre de jeunes, le nombre d'adultes et le ratio jeunes/adultes ne sont pas liées par des interactions significatives.

6.2 La consultation en structure sanitaire

Le modèle de régression logistique de la consultation en structure sanitaire retient 22 variables explicatives et ajuste correctement les données observées, avec un niveau de vraisemblance de l'ordre de 27 % (Pseudo R²) (tableau 6-2).

Toutes choses égales par ailleurs, les caractéristiques de la maladie ont une forte incidence sur la propension à consulter en structure sanitaire : les enfants présentant un tableau clinique sévère, avec l'association d'une fièvre forte continue et d'au moins un autre symptôme¹⁴², consultent significativement plus souvent que les autres (OR=3,18). En revanche, la perception de la nature ou de la cause de la maladie enquêtée ne détermine pas de manière significative la propension à consulter une structure sanitaire.

Les représentations du *paludisme/sibidu* et, plus généralement, les attitudes en matière de santé ont une incidence réelle sur la propension à consulter en structure sanitaire. Toutes choses égales par ailleurs, la perception de la cause du paludisme et de ses modes de traitements est significativement associée à la consultation en structure sanitaire : l'enfant est plus souvent emmené en consultation lorsque ses parents perçoivent le rôle du moustique dans l'infection palustre (OR=1,54) et lorsque les soins biomédicaux sont reconnus comme les seuls efficaces, par opposition aux soins traditionnels prodigués à domicile ou par un thérapeute spécialisé (OR=1,73). Les attitudes en matière de santé déterminent également la propension à consulter en structure sanitaire, avec des pouvoirs prédictifs variant en fonction du niveau d'adhésion à l'offre de soins biomédicale. On observe ainsi que, comparativement aux parents refusant tout ou partie des soins biomédicaux, n'utilisant pas de moustiquaires imprégnées, ne réalisant pas de consultations prénatales et ne discutant pas de contraception, les parents manifestant un rapport ouvert à l'univers biomédical, à travers l'adhésion à une (OR=3,07) ou plusieurs (OR=4,12) de ces attitudes, consultent plus en structure sanitaire. Après ajustement sur les autres déterminants, la répartition théorique des rôles pour la prise en charge de la maladie de l'enfant au sein du ménage influence nettement la propension à consulter en structure sanitaire : les ménages dans lesquels le père est désigné comme le détenteur exclusif de l'autorité de décision fréquentent plus souvent les structures sanitaires (OR=2,15). En revanche, la planification des dépenses de santé ne détermine pas directement la consultation en structure sanitaire.

¹⁴² Vomissements ou indigestion

Tableau 6- 2 : Régression logistique de la propension à consulter en structure sanitaire

Observations = 843 Prob > chi2 (Wald) = 0,0000 Pseudo R2 = 0,2682	P> z	IC		OR
Profil morbide (ref : enfants symptômes associés continus jours 1 et 2) Maladie avec fièvre forte et indisposition ou/et vomissements jours 1 et 2	0,000	2,13	4,77	3,18
Perception cause du paludisme (ref : moustiques pas cause exclusive) Moustique comme cause exclusive du <i>Sibidu</i> pour mère ou père enfant	0,045	1,01	2,36	1,54
Perception traitement du <i>sibidu</i> (ref : soins traditionnels efficaces) Seuls les soins biomédicaux sont efficaces	0,022	1,08	2,78	1,73
Rapport à l'offre biomédicale (ref : Parents refusent soins biomédicaux) Parents ne refusent pas soins biomédicaux mais ne pratiquent pas reste	0,122	0,78	8,11	2,52
Parents discutent du planning familial ou effectuent prénatale ou susp	0,058	0,96	9,76	3,07
Parents pratiquent deux sur trois	0,033	1,12	15,15	4,12
Pouvoir de décision (ref : pouvoir partagé) Le père est le seul à même de prendre les décisions thérapeutiques	0,000	1,43	3,25	2,15
Sexe de l'enfant (ref : sexe masculin) Sexe féminin	0,684	0,63	1,36	0,92
Age de l'enfant (continue)	0,000	0,80	0,94	0,87
Age de la mère de l'enfant (ref : mère âgée d'au moins 35 ans) Mère âgée de moins de 35 ans	0,613	0,70	1,83	1,13
Niveau d'instruction (ref : sans alphabétisation ni primaire complet) Un des parents alphabétisé ou avec primaire complet	0,047	0,18	0,99	0,42
Interaction entre l'âge de la mère et le niveau instruction (ref :) Mère jeune et parents instruits	0,013	1,30	9,65	3,54
Expérience migratoire (ref : Pas d'expérience migratoire forte) Un des parents a une forte expérience migratoire	0,044	1,01	2,25	1,51
Pratiques de sociabilité (ref : Pas de sociabilité tournée vers l'extérieur) Sociabilité tournée vers l'extérieur	0,018	1,10	2,78	1,75
Ethnie de l'enfant (ref : Sereer) Enfant non Sereer	0,037	1,07	7,74	2,87
Caste de l'enfant (ref : caste griot, artisan ou bûcheron) Autres castes (non socialement marquées)	0,017	1,23	8,25	3,18
Niveau économique du ménage (ref : ménage non aisé) Aisé	0,546	0,74	1,76	1,14
Taille de la concession (ref : Concession moyenne, 13 à 49 personnes) Petite concession, moins de 13 personnes	0,006	0,30	0,81	0,49
Grande concession, 50 personnes et plus	0,000	0,12	0,46	0,23
Structure par âge du ménage (ref : Ratio jeunes/adultes inférieur à 1,2) Ratio moins 20 ans /adultes supérieur à 1,2	0,015	1,11	2,55	1,68
Contexte morbide (ref : faible morbidité) Forte morbidité	0,058	0,99	2,43	1,55
Antécédents de maladie (ref : l'épisode enquêté est une rechute) L'épisode morbide est une nouvelle maladie	0,047	1,01	2,51	1,59
Distance aux structures sanitaires (continue)	0,000	1,00	1,00	1,00
Consommation de médicaments en soin à domicile (ref : oui) Non	0,000	2,89	6,44	4,31
Consultation d'un tradithérapeute avant recours CS (ref : oui) Non	0,025	1,10	4,27	2,17

La tendance à réaliser un recours biomédical est nettement liée à plusieurs des caractéristiques socio-démographiques de l'enfant, de ses parents et de son groupe familial. La propension à consulter en structure sanitaire diminue ainsi très fortement avec l'âge de l'enfant. Au niveau des caractéristiques des parents, on observe une interaction entre l'âge et le niveau d'instruction. Ainsi, l'instruction a un effet significativement plus important sur la propension à consulter en structure sanitaire pour les parents jeunes : les enfants issus de couples alphabétisés ou scolarisés jusqu'en fin de primaire et dont la mère est âgée de moins de 35 ans consultent nettement plus souvent en structure sanitaire (OR=3,54). Les pratiques de sociabilité des parents et l'expérience migratoire influencent également la propension à fréquenter une structure sanitaire : l'ouverture vers l'extérieur est associée à une consultation plus fréquente en structure sanitaire (OR=1,75) et, en l'absence de relation statistiquement significative, la forte expérience migratoire également. Toutes choses égales par ailleurs, les caractéristiques de l'identité du groupe familial, l'ethnie et la caste, déterminent fortement la propension à recourir aux structures biomédicales : les non sereer (OR=2,87) et les enfants rattachés à des castes qui ne sont pas socialement marquées (OR=3,18) consultent plus souvent que les autres. Par ailleurs, la différence d'âge entre les parents de l'enfant est apparue comme un facteur significativement corrélé à la consultation biomédicale : l'enfant est plus souvent amené en consultation biomédicale lorsque l'écart d'âge entre époux est supérieur à 5 ans. Nous ne l'avons cependant pas intégré au modèle en raison de la perte d'observations qu'elle induit. En revanche, le sexe de l'enfant, le statut matrimonial des parents et leur confession religieuse n'exercent pas d'influence significative sur la propension à consulter en structure sanitaire. Le critère économique, mesuré en fonction des biens et équipements possédés, ne semble pas non plus déterminer le recours aux structures sanitaires.

La morphologie de la cellule familiale est fortement corrélée à la propension à consulter en structure sanitaire. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, les concessions de petite (OR=0,49) ou de grande taille (OR=0,23) consultent significativement moins souvent en structure sanitaire. De plus, la structure par âge du ménage influence la tendance à réaliser un recours biomédical : la consultation en structure sanitaire est nettement plus fréquente dans les ménages avec une faible proportion d'enfants au regard du nombre d'adultes (OR=1,68). En revanche, après ajustement sur les autres variables, l'identité des adultes composant le ménage, notamment la présence de la grand-mère paternelle, ne conditionne pas significativement le recours en structure sanitaire.

Les facteurs caractérisant le contexte morbide de survenue de la maladie sont significativement associés à la propension à consulter en structure sanitaire : la perception d'une morbidité intense (OR=1,55) et l'absence d'antécédents récents chez l'enfant maladie favorisent le recours biomédical (OR=1,59). En revanche, la variable décrivant la rentrée récente d'argent ne détermine pas, toutes choses égales par ailleurs, la propension à réaliser des recours biomédicaux.

Après ajustement sur les autres facteurs, la distance aux structures sanitaires conserve un pouvoir fortement discriminant sur la propension à consulter en structure sanitaire. Les pratiques thérapeutiques mises en œuvre dans le cadre de l'épisode morbide sont également fortement associées à la réalisation d'un recours biomédical. Ainsi, les enfants n'ayant pas reçu de médicaments dans le cadre des soins à domicile (OR=4,31) et, de manière légèrement moins marquée, ceux n'ayant pas consulté de thérapeute traditionnel (OR=2,17), fréquentent plus souvent une structure sanitaire.

L'analyse classificatoire ascendante a clairement mis en évidence l'existence de deux groupes de villages spatialement agrégés, l'un couvrant la partie Nord de la zone, l'autre la partie Sud (se reporter figure 5-11). La propension à consulter en structure sanitaire varie très significativement dans ces deux contextes : dans les villages situés au Nord, la population effectue 1,9 fois plus de recours biomédicaux que dans les villages du Sud, à 26,8 % (n=538) contre 14,0 % (n=364) ($p < 0,01$).

Afin d'intégrer la dimension contextuelle à l'analyse des déterminations du recours en structure sanitaire, nous avons construit deux modèles de régression logistique de la propension à consulter en structure sanitaire. Le modèle des villages du Nord retient 18 variables, celui des villages du Sud 16 ; ils ajustent tous deux correctement les données, avec des niveaux de vraisemblance assez proches, autour de 25 % (Pseudo R²) (tableau 6-3).

Tableau 6- 3 : Régression logistique de la propension à consulter en structure sanitaire selon le contexte

	Contexte Nord				Contexte Sud			
	P	IC	0,95	OR	P	IC	0,95	OR
Observations	= 517				=352			
Prob > chi2 (Wald)	= 0,0000				= 0,0000			
Pseudo R2	=0,2647				= 0,2544			
Profil morbide (ref : symptômes associés continus jours 1 et 2) Fièvre forte et indisposition ou/et vomissements jours 1 et 2	0,000	1,75	4,60	2,83	0,000	2,54	12,1	5,53
Perception cause paludisme (ref : moustiques pas cause exclusive) Moustique comme cause exclusive du <i>sibidu</i> pour mère ou père	-	-	-	-	0,005	1,36	5,78	2,81
Perception traitement du <i>sibidu</i> (ref : soins traditionnels efficaces) Seuls les soins biomédicaux sont efficaces	0,006	1,24	3,78	2,17	-	-	-	-
Pouvoir de décision (ref : pouvoir partagé) Le père est le seul à même de prendre les décisions thérapeutiques	0,002	1,33	3,59	2,19	-	-	-	-
Budget (ref : Ne planifie pas de budget) Planifie un budget pour la prise en charge de la maladie	-	-	-	-	0,016	1,57	2,41	3,23
Sexe de l'enfant (ref : sexe masculin) Sexe féminin	0,853	0,60	1,53	0,96	0,225	0,32	1,31	0,64
Age de l'enfant (continue)	0,000	0,74	0,88	0,81	0,481	0,80	1,11	0,94
Age de la mère de l'enfant (ref : mère âgée d'au moins 35 ans) Mère âgée de moins de 35 ans	-	-	-	-	0,032	1,07	4,80	2,27
Niveau d'instruction (ref : sans alphabétisation ni primaire complet) Un des parents alphabétisé ou avec primaire complet	0,608	0,66	2,05	1,16	0,553	0,30	1,90	0,76
Expérience migratoire (ref : Pas d'expérience migratoire forte) Un des parents a une forte expérience migratoire	-	-	-	-	0,011	1,24	5,22	2,54
Pratiques de sociabilité (ref : Pas de sociabilité tournée vers l'ext.) Sociabilité tournée vers l'extérieur	0,051	1,00	3,33	1,82	-	-	-	-
Caste de l'enfant (ref : caste griot, artisan ou bûcheron) Autres castes (non socialement marquées)	0,026	1,15	9,64	3,34	-	-	-	-
Ethnie de l'enfant (ref : Sereer) Enfant non Sereer	-	-	-	-	0,024	1,28	33,1 8	6,51
Niveau économique du ménage (ref : ménage non aisé) Aisé	0,315	0,77	2,24	1,31	0,895	0,40	2,20	0,94
Taille de la concession (ref : Concession moyenne, 13-49 personnes) Petite concession, moins de 13 personnes	0,875	0,51	2,18	1,06	0,044	0,13	0,97	0,36
Grande concession, 50 personnes et plus	0,000	0,05	0,33	0,13	0,359	0,19	1,82	0,59
Taille du ménage (ref : Grand ménage, 25 à 47 personnes) Petit ménage, moins de 9 personnes	0,002	0,10	0,61	0,25	-	-	-	-
Ménage de taille moyenne, de 9 à 24 personnes	0,002	0,05	0,51	0,16	-	-	-	-
Nombre de ménages dans la concession (ref : conc. unicellulaire) Concession pluricellulaire	0,032	1,06	3,61	1,95	-	-	-	-
Structure par âge du ménage (ref : Ratio jeunes/adultes inf. à 1,2) Ratio moins 20 ans /adultes supérieur à 1,2	0,002	1,31	3,55	2,16	-	-	-	-
Antécédents de maladie (ref : l'épisode enquêté est une rechute) L'épisode morbide est une nouvelle maladie	-	-	-	-	0,015	1,25	8,26	3,21
Revenus agricoles récents (ref : pas de revenus récents) Revenus récents	-	-	-	-	0,055	0,98	4,40	2,08
Distance aux structures sanitaires (continue)	0,001	1,00	1,00	1,00	0,020	1,00	1,00	1,00
Consommation de médicaments en soin à domicile (ref : oui) Non	0,000	2,85	7,50	4,62	0,030	1,09	4,94	2,32
Consultation d'un tradithérapeute avant recours CS (ref : oui) Non	0,010	1,26	5,69	2,68	-	-	-	-

Au sein des deux contextes, les contraintes ne s'exercent pas de la même manière. Les variables explicatives du recours biomédical sont différentes pour ces deux couches de population et les deux modèles ont peu de facteurs explicatifs communs : seuls la symptomatologie, la taille de la concession, la distance aux structures sanitaires et la consommation de médicaments en soins à domicile sont statistiquement associés au recours biomédical dans les deux contextes, avec d'importantes variations dans l'intensité des relations.

La symptomatologie de la maladie influence fortement la propension à consulter en structure sanitaire dans les deux groupes de villages, mais avec une intensité particulièrement marquée dans le Sud (ORN¹⁴³=2,83 et ORS¹⁴⁴=5,53).

Les variables caractérisant les connaissances et les attitudes en matière de santé n'influencent pas de la même manière la propension à consulter en structure sanitaire dans les deux contextes. Dans les villages situés au Nord, la perception de l'efficacité des soins biomédicaux (ORN=2,19) et l'attribution théorique du pouvoir de décision au père de l'enfant (ORN=2,17) favorisent fortement le recours biomédical. Si ces variables ne sont pas significatives dans le contexte des villages situés au Sud, la perception du rôle du moustique dans l'infection palustre (ORS=2,81) et la planification des dépenses de santé (ORS=3,23) y majorent fortement la propension à consulter en structure sanitaire. Si dans les deux contextes, les facteurs influençant significativement le recours biomédical ne sont pas les mêmes, de manière générale, les associations observées traduisent l'impact positif des connaissances en matière de paludisme et les conséquences des différentes stratégies de prise en charge de la maladie.

Bien que le sexe de l'enfant, le niveau d'instruction des parents et les biens et équipements possédés par le ménage n'exercent pas d'influence sur le recours en structure sanitaire, ni dans les villages du Nord ni dans ceux du Sud, on observe une profonde différence entre les deux contextes au niveau de l'influence des facteurs socio-démographiques. En effet, l'âge de l'enfant, fortement discriminant dans les villages du Nord, n'est pas significativement associé à la fréquentation des structures sanitaires dans les villages situés dans le contexte Sud.

¹⁴³ ORN = Odd Ratio Nord

¹⁴⁴ ORS= Odd Ratio Sud

Par ailleurs, après ajustement sur les autres variables, la propension à consulter en structure sanitaire apparaît déterminée, dans les villages Nord, par les pratiques de sociabilité des parents (ORN=1,82), alors qu'elle est favorisée, dans les villages du Sud, par le jeune âge de la mère (ORS=2,27) et l'expérience migratoire (ORS=2,54). Les caractéristiques du groupe familial ont également une influence différente dans les deux contextes : toutes choses égales par ailleurs, la caste influence fortement le recours en structure sanitaire dans les villages Nord (ORN=3,34) alors que c'est l'ethnie dans les villages Sud (ORS=6,51).

Toutes choses égales par ailleurs, la morphologie de la concession est plus influente dans le contexte des villages situés dans le Nord que dans ceux de la partie Sud. Dans le contexte Nord en effet, la taille, la structure et la composition des unités domestiques déterminent la propension à consulter en structure sanitaire : le recours biomédical est majoré dans les concessions comptant plusieurs ménages (ORN=1,95) et dans les ménages composés d'un nombre réduit d'enfants par rapport au nombre d'adultes (ORN=2,16), mais elle est inhibée dans les concessions de grande taille (ORN=0,13) et dans les ménages de petite (ORN= 0,16) ou de moyenne taille (ORN= 0,25). Par opposition, dans le Sud, seule la taille de la concession détermine la propension à consulter en structure sanitaire, avec une moindre fréquentation des structures sanitaires moindre dans les concessions de petite taille, par rapport à celles de taille moyenne (ORS=0,36).

Toutes choses égales par ailleurs, les épiphénomènes associés à la survenue de la maladie ont une incidence significative sur la propension à réaliser un recours biomédical dans les villages du contexte Sud : l'enfant y consulte en effet significativement plus souvent en structure sanitaire quand l'épisode morbide enquêté n'est pas perçu comme une rechute mais comme une nouvelle maladie (ORS=3,21) et quand ses parents ont bénéficié de revenus agricoles récents (ORS=2,08). A l'inverse, dans les villages du contexte Nord, les facteurs définissant la spécificité de la situation de l'épisode morbide n'apparaissent pas significatifs.

Dans les deux contextes, la distance entre la concession d'habitat et les structures sanitaires est significativement associée aux pratiques thérapeutiques. L'absence de pratiques d'automédication favorise également la consultation en structure sanitaire dans les deux groupes de villages, mais la relation est plus intense dans le Nord (ORN=4,62) que dans le Sud (ORS=2,32).

Par ailleurs, après ajustement sur les autres variables, la consultation préalable d'un thérapeute traditionnel ne limite la propension à consulter en structure sanitaire que dans le contexte des villages situés au Nord (ORN=2,68) : dans le Sud, la mise en œuvre préalable de recours traditionnels ne constitue pas une pratique inscrite en concurrence avec la fréquentation d'une structure sanitaire.

6.3 La consultation rapide en structure sanitaire

Le modèle explicatif du recours rapide en structure sanitaire est proche de celui décrivant le recours en structure sanitaire. Il retient 16 variables et ajuste les données avec un niveau de vraisemblance de 24 % (tableau 6-4).

Les facteurs explicatifs du recours en structure sanitaire et du recours rapide en structure sanitaire ne sont cependant strictement identiques ; par ailleurs, l'intensité des associations varie de manière assez significative.

Les caractéristiques de la symptomatologie déterminent fortement la propension à réaliser un recours biomédical rapide (OR=2,01). La relation observée en tenant compte du délai de recours semble cependant moins intense : les symptômes influencent d'une manière générale la propension à consulter en structure sanitaire et ne favorisent pas de manière spécifiquement marquée le recours rapide aux structures sanitaires.

L'influence de la perception des traitements efficaces pour traiter le paludisme (OR=1,96) et de la distribution théorique du pouvoir de décision au sein du ménage (OR=1,85) sur la propension à consulter rapidement en structure sanitaire est proche de celle observée au niveau du recours en structure sanitaire indépendamment du délai. Toutes choses égales par ailleurs, l'adhésion des parents à l'offre biomédicale est associée avec une intensité particulière au recours rapide en structure sanitaire ; à l'inverse, la perception de la cause du paludisme ne détermine pas de manière significative le recours rapide en structure sanitaire.

Tableau 6- 4 : Régression logistique de la propension à consulter en structure sanitaire moins de 48 heures après le début de la maladie

Observations = 843 Prob > chi2 = 0,0000 Pseudo R2 = 0,2404	P	IC 95 %	OR
Profil morbide (ref : enfants symptômes associés continus jours 1 et 2) Maladie avec fièvre forte et indisposition ou/et vomissements jours 1 et 2	0,004	1,24 3,26	2,01
Perception traitement du sibi (ref : soins traditionnels efficaces) Seuls les soins biomédicaux sont efficaces	0,021	1,11 3,48	1,96
Pouvoir de décision (ref : pouvoir partagé) Le père est le seul à même de prendre les décisions thérapeutiques	0,013	1,14 3,01	1,85
Rapport à l'offre biomédicale (ref : Parents refusent soins biomédicaux) Parents ne refusent pas soins biomédicaux mais ne pratiquent pas reste	0,077	0,87 13,43	3,43
Parents discutent du planning familial ou effectuent visite prénatale ou susp	0,061	0,94 35,37	3,70
Parents pratiquent deux sur trois	0,005	1,92 1,07	8,24
Sexe de l'enfant (ref : sexe masculin) Sexe féminin	0,188	0,86 2,18	1,37
Age de l'enfant (ref : Enfant âgé de moins de 7 ans) Enfant âgé de 7 ans et plus	0,048	0,84 1,00	0,92
Niveau d'instruction (ref : sans alphabétisation ni primaire complet) Un des parents alphabétisé ou avec primaire complet	0,915	0,56 1,69	0,97
Ethnie de l'enfant (ref : Sereer) Enfant non Sereer	0,017	1,12 3,22	1,90
Pratiques de sociabilité (ref : Pas de sociabilité tournée vers l'extérieur) Sociabilité tournée vers l'extérieur	0,005	1,56 12,91	4,49
Niveau économique du ménage (ref : ménage non aisé) Aisé	0,170	0,84 2,61	1,48
Taille de la concession (ref : Concession moyenne, 13 à 49 personnes) Petite concession, moins de 13 personnes	0,038	0,29 0,97	0,53
Grande concession, 50 personnes et plus	0,077	0,25 1,07	0,52
Structure par âge du ménage (ref : Ratio enfants/adultes élevé) Ration moins de 20 ans/adultes inférieur à 1,2	0,024	1,08 2,90	1,77
Type de village (ref : Sous-équipé) Equipé	0,022	1,10 3,69	2,02
Distance aux structures sanitaires (continue)	0,029	1,00 1,00	1,00
Consommation de médicaments en soin à domicile (ref : oui) Non	0,000	3,31 9,30	5,54
Consultation d'un tradithérapeute avant recours biomédical (ref : oui) Non	0,003	1,64 12,32	4,50

L'ethnie de l'enfant (OR=1,90), les pratiques de sociabilité (OR=4,49) et, en l'absence de relations significatives, l'âge des mères sont des facteurs à la fois significatifs dans le modèle du recours en structure sanitaire et dans celui du recours rapide en structure sanitaire. En revanche, par opposition au simple recours biomédical, l'âge de l'enfant, sa caste et l'expérience migratoire de ses parents ne déterminent pas le recours rapide en structure sanitaire.

Le sexe de l'enfant, le niveau d'instruction de ses parents et le statut économique du ménage, ne déterminent pas le recours biomédical rapide. En revanche, la taille et la structure par âge de la concession restent significativement associées au recours rapide en structure sanitaire, avec un effet favorable de la présence d'un nombre important d'adultes au regard du nombre de jeunes (OR=1,77) et, au contraire, un effet inhibiteur de la petite (OR=0,53) et de la grande taille (OR=0,52) des concessions, par rapport aux concessions de taille moyenne.

La distance séparant l'habitation des structures sanitaires conserve également un fort pouvoir explicatif. On observe en outre un effet marqué des caractéristiques du village d'habitat en terme d'équipements : les ménages issus des villages les mieux dotés consultent plus rapidement que les autres (OR=2,02).

Aucun des facteurs décrivant la situation du ménage au moment de la survenue de la maladie n'influence la propension à réaliser un recours biomédical rapide. En revanche, les variables caractérisant les soins pratiqués en amont du recours biomédical sont communs aux modèles logistiques du recours en structure sanitaire et du recours rapide en structure sanitaire. Les associations sont plus cependant plus intenses lorsqu'on prend en compte le délai de recours : le recours biomédical en moins de 48 heures est plus fréquent parmi les enfants n'ayant pas consommé de médicaments dans le cadre des soins à domicile (OR=5,54) et n'ayant pas fait de recours traditionnel en première instance (OR=4,50).

6.4 Conclusion partielle

L'analyse multivariée des déterminations des comportements de recours aux soins met en évidence l'influence d'une multiplicité de variables ressortissant à différentes catégories explicatives. Cependant, un grand nombre de facteurs apparaissant significatifs lors de l'analyse univariée ne le sont plus toutes choses égales par ailleurs, et, en particulier, le modèle explicatif de la consommation de chloroquine retient nettement moins de variables que celui du recours biomédical.

La propension à consommer de la chloroquine en soin à domicile et à consulter en structure sanitaire, rapidement ou non, dépend de nombreux facteurs complémentaires, sans qu'apparaissent de prédominances marquées. Nos résultats montrent en effet que les comportements de recours aux soins sont à la fois déterminés par les caractéristiques de l'épisode morbide, par les conditions de survenue de la maladie, par la morphologie de la cellule familiale, par les attitudes, les connaissances et les stratégies en matière de santé, par les caractéristiques socio-démographiques de l'enfant, de ses parents, de sa famille et par des paramètres contextuels. Il apparaît dès lors « difficile, voire impossible, d'attribuer à un facteur un rôle univoque » (Fournier et al., 1995, p.318), ce qui met en évidence les limites des approches abusivement centrées sur un seul groupe de facteurs prédictifs en raison d'une orientation thématique ou idéologique marquée.

En particulier, l'influence des représentations et des connaissances sur les comportements de recours aux soins apparaît réelle, mais relative. Conformément aux hypothèses classiques, la connaissance du rôle du moustique, la perception de l'efficacité des soins biomédicaux, les attitudes au regard de l'offre biomédicale et la répartition du pouvoir décisionnel influencent la propension à consulter en structure sanitaire, y compris rapidement ; les stratégies de planification des moyens médicaux déterminent également la consommation de chloroquine. Cependant, les perceptions en matière de santé ne déterminent pas à elles seules les comportements de recours aux soins : il n'existe pas, toutes choses égales par ailleurs, d'association linéaire et systématique entre les connaissances ou les attitudes et les pratiques thérapeutiques (Williams et al., 2003).

Les réponses thérapeutiques semblent avant tout construites en fonction de la nature du problème médical posé (Linblade et al., 2000 ; Yenneh et al., 1993). De manière pragmatique, les personnes en charge de la santé de l'enfant ne considèrent pas les épisodes morbides comme équivalents entre eux : la maladie appelle des réponses thérapeutiques différentes en fonction de ses caractéristiques cliniques. Ainsi, conformément à la littérature, la présence d'une fièvre persistante, accompagnée d'autres symptômes, tels que le vomissements ou l'indisposition favorise la réalisation de recours biomédicaux (Agyepong, 1995 ; Molyneux et al., 2002 ; Baume, 1998 ; Baume et al., 2000 ; Jenkins, 1998 ; Tarimo et al., 1998). En revanche, la nature, la diversité et l'intensité des symptômes de l'épisode morbide influencent relativement peu l'ingestion de chloroquine, qui apparaît plus comme un mode de traitement des fièvres hivernales en général qu'une réponse à un profil symptomatique précis. Les résultats montrent également l'impact sur le recours en structure sanitaire des antécédents de santé, ce qui rappelle une fois encore la dimension spécifique du contexte de survenue de chaque épisode morbide.

Nos résultats mettent en évidence l'importance des questions d'accessibilité dans la détermination des pratiques thérapeutiques et confirment une relation d'évidence : lorsque les soins sont trop rares, trop éloignés ou trop chers, ils ne sont pas utilisés (McCombie, 1996 ; Glink et al., 1989). La question de l'accessibilité est avant tout celle du coût des soins : les choix thérapeutiques des mères sont dépendants de leur capacité à payer (Foster, 1991). Le coût financier des soins n'est cependant pas le seul paramètre constitutif de la notion d'accessibilité : alors que notre protocole de recherche garantissait à tout enfant malade une prise en charge gratuite en structure sanitaire, une part importante des malades n'a pas été vu en consultation. L'accessibilité recouvre une dimension liée à l'offre de soins : en lien avec les paramètres contextuels, l'éloignement aux structures sanitaires et aux principales voies de circulation limite et retarde recours biomédical (Ghebreyesus et al., 1996) ; il favorise en revanche la consommation de chloroquine à domicile, qui s'inscrit dans le cadre de stratégies d'approvisionnement spécifiques.

L'accessibilité à l'offre de soins dépend également du cadre logistique de réalisation des tâches productives et domestiques, en fonction de la morphologie de la concession : les unités domestiques de petite taille ont un morpho-type limitant la propension à consulter en structure sanitaire et favorisant l'ingestion de la chloroquine comme schéma thérapeutique alternatif.

Toutes choses égales par ailleurs, les caractéristiques socio-démographiques des protagonistes de l'épisode morbide influencent les comportements de recours aux soins. Les associations expriment en partie des différences en terme de statut individuel ou d'identité collective : ainsi, l'âge de l'enfant détermine fortement le volume, la nature, le délai et les conditions de mise en œuvre des soins (Slutsker et al., 1994) ; l'ethnie ou la caste influencent la propension à consulter en structure sanitaire.

Dans une autre logique, l'influence de certaines variables socio-démographiques est le fait de processus de diffusion d'habitudes et d'attitude en matière de santé : la forte expérience migratoire et les formes de sociabilité tournées vers l'extérieur entraînent une ouverture à des pratiques thérapeutiques plus conformes aux attentes des autorités sanitaires.

Par ailleurs, si nos résultats vérifient le plus souvent ce que la littérature a largement souligné, l'impact de certains facteurs classiques -le sexe, le statut matrimonial et le niveau économique du ménage- sur la pratique des soins biomédicaux semble relativement limité. En particulier, après ajustement sur les autres variables, l'incidence du niveau d'instruction apparaît faible, ce qui peut s'expliquer par le faible niveau d'alphabétisation de la population d'étude (Gramaccia, 1981) ; l'influence de l'instruction semble en partie liée à l'âge des parents, ce qui suggère des effets de générations, pouvant être liés à l'évolution du contenu de l'enseignement.

Les résultats de l'analyse multivariée montrent que la nature des variables causales et l'intensité des déterminations connaissent des variations sensibles selon les pratiques thérapeutiques, y compris au sein des soins biomédicaux. Dans une large mesure, les facteurs associés à la consommation de chloroquine et à la réalisation d'un recours en structure sanitaire ne sont pas les mêmes, ce qui met en évidence les limites de l'approche simpliste opposant les «bons» comportements, conformes aux recommandations des autorités sanitaires, aux autres pratiques thérapeutiques.

A Niakhar, la chloroquine fait l'objet d'une utilisation spécifique qui n'est ni l'expression d'une profonde adhésion aux recommandations des autorités sanitaires ni le signe d'une tendance à l'innovation. La consommation de chloroquine s'appuie en premier lieu sur des stratégies spécifiques de planification des moyens thérapeutiques. En raison de sa faible disponibilité dans les réseaux informels de vente des médicaments et de l'héritage des stratégies de chimioprophylaxie, la chloroquine est nettement plus souvent stockée à domicile que les autres médicaments, et dans la majeure partie des cas, les comprimés de chloroquine consommés sont déjà possédés dans la concession avant la survenue de la maladie. Les conditions d'approvisionnement en chloroquine expliquent d'elles-mêmes la faible influence des facteurs caractérisant la situation du ménage au moment de la survenue de la maladie sur sa consommation dans le cadre des soins à domicile.

Par ailleurs, dans l'immense majorité des cas, la chloroquine est associée à un autre soin : elle est le plus souvent perçue comme un complément, mais rarement comme un soin pouvant à lui seul traiter l'épisode fébrile. Par opposition à cette perspective de complémentarité de la chloroquine, la consultation de thérapeutes traditionnels et l'automédication sont des pratiques concurrentes du recours biomédical.

Enfin, la chloroquine, traitement de première ligne à Niakhar depuis plus de 50 ans, fait partie intégrante de l'éventail thérapeutique au même titre que les massages ou les concoctions de famille : les déterminants classiquement associés à l'adoption de pratiques novatrices, l'âge des parents, leur niveau d'instruction ou leurs pratiques de sociabilité ne favorisent pas sa consommation.

Chapitre 7 - Discussion des résultats

Les analyses descriptives, univariées, contextuelles et multivariées se sont intéressées aux pratiques thérapeutiques dans leur diversité et dans leurs multiples dimensions, y compris du point de vue des conditions de prise en charge de la maladie au sein de la cellule familiale. Pour mettre en perspective les principaux résultats au regard de la littérature, nous avons articulé cette discussion autour des hypothèses qui ont guidé notre étude : le pragmatisme de la population et la multiplicité des déterminants des pratiques thérapeutiques, dans un cadre marqué par l'organisation sociale des comportements de recours aux soins.

7.1 Des comportements pragmatiques

A bien des égards, les pratiques thérapeutiques observées à Niakhar sont conformes aux stéréotypes classiques associés aux populations africaines : la population se caractérise par une intense pratique des soins à domicile, une faible tendance à consulter en structure sanitaire, des délais de recours de plusieurs jours et une observance des prescriptions très moyenne. Si elles apparaissent bien souvent inadaptées, les pratiques thérapeutiques ne justifient cependant pas l'analyse simpliste incriminant abusivement les populations pour ses « entorses logiques » (Benoist, 1996, p.497) ou ses « errements enracinés dans l'ignorance » (Benoist, 1996, p.498 ; Caldwell et al., 1993 ; Caldwell et al., 1990). L'étude approfondie des résultats montre au contraire que les pratiques thérapeutiques observées, loin d'être archaïques et irrationnelles, constituent avant tout l'expression de choix pragmatiques au regard du contexte épidémiologique, économique, sanitaire et social.

D'une part en effet, dans la région étudiée, la période du pic endémique, concentrée sur trois mois, coïncide avec les périodes de soudure et de récolte, où les charges de travail agricole sont maximales et la disponibilité des moyens financiers est minimale. La superposition des calendriers épidémiologiques et socio-économiques influence les pratiques thérapeutiques : dans la période où chaque famille joue sur l'unique récolte annuelle sa survie jusqu'à l'année prochaine, la prolifération palustre, qui provoque une morbidité très fréquente mais le plus souvent bénigne, tend à apparaître comme un problème secondaire (Fungladda, 1991).

D'autre part, au moment de l'enquête, l'offre de soins biomédicale à Niakhar est, comme plus généralement en Afrique rurale, caractérisée par un rapport coût/efficacité peu intéressant au regard des alternatives disponibles. Dans le cadre de notre étude, le coût des consultations en structure sanitaire est plusieurs fois supérieur à celui des soins à domicile ou des consultations de thérapeutes traditionnels ; il est apparu à la fois proche de celui observé dans d'autres études (Traoré, 2002) et particulièrement élevé par rapport aux tarifs officiels¹⁴⁵.

Les résultats montrent également que le nombre de structures sanitaires en activité est nettement insuffisant : pour consulter en structure sanitaire, la population doit couvrir des distances nettement plus importantes que celles nécessaires pour accéder aux thérapeutes traditionnels ou aux circuits informels de vente des médicaments. Enfin, l'offre de soins souffre en elle-même d'un manque de crédibilité : souvent à jute titre, la population stigmatise les protocoles curatifs pour leur manque d'efficacité et leurs effets secondaires ; l'approvisionnement en médicaments des structures sanitaires reste aléatoire, notamment pour les sirops de chloroquine prescrits aux jeunes enfants.

L'étude des itinéraires thérapeutiques à la lumière des caractéristiques épidémiologiques du paludisme, du contexte socio-économique et des alternatives thérapeutiques disponibles témoigne donc d'un usage pragmatique de l'offre de soins biomédicale. A Niakhar, le type et la nature des actes thérapeutiques pratiqués, comme les délais de mise en œuvre des soins, répondent à la recherche de soins efficaces au moindre coût face à une maladie fréquente, récurrente et, dans l'immense majorité des cas, peu dangereuse.

De ce point de vue, l'automédication présente de nombreux avantages par rapport à la consultation en structure sanitaire : dans un contexte de forte morbidité, d'intense activité agricole et de ressources financières limitées, la population n'est pas en mesure d'effectuer systématiquement une consultation en structure sanitaire pour chaque épisode fébrile du ménage et les soins à domicile, facilement accessibles et peu coûteux, constituent une alternative incontournable.

¹⁴⁵ La population est peu impliquée dans les comités de santé et le fait que le financement des salaires des personnels auxiliaires soit exclusivement assuré par la vente des médicaments présente un risque intrinsèque de dérives

Dès lors, le recours à l'automédication, privilégié par 15 % des répondants mais pratiqué dans 60 % des épisodes morbides, ne doit pas être considéré comme l'expression d'un choix libre de toutes contraintes, mais comme une véritable stratégie de survie adaptée aux défaillances structurelles de l'offre de soins : « en Afrique, la recherche pragmatique de traitements prompts et efficaces est hors du secteur formel [...] les lacunes du système de soins public rend indispensable les pratiques d'automédication»¹⁴⁶ (Williams et al., 2003, p.14 ; Adome et al., 1996 ; Geissler et al., 2000).

Par ailleurs, en élargissant l'analyse aux résultats issus d'autres contextes, les comportements observés à Niakhar apparaissent peu spécifiques et très proches d'une norme universelle de prise en charge des épisodes fébriles. La littérature montre ainsi que, dans de multiples contextes, le paludisme est en premier lieu traité dans le cadre de soins à domicile avant, si nécessaire, la mise en œuvre d'un recours externe (Adome et al., 1998 ; Agyepong, 1995 ; Watling, 1995 ; Baume et al., 2000 ; Geissler et al., 2000 ; Ruebush et al., 1995 ; Van der Geest, 1999 ; Winch et al., 2000 ; Lubanga et al., 1997 ; Espino et al., 1997). Le bon sens lui-même rappelle que dans les pays développés, en dépit des systèmes de sécurité sociale et des mutuelles complémentaires, les gens tendent bien souvent, avant d'aller chez le médecin, à observer l'évolution des symptômes et à consommer, dans un premier temps, un antalgique ou une tisane à la maison ; ils tendent de la même manière à arrêter précocement le suivi des traitements dès l'amélioration des symptômes (Hausmann-Muela et al., 1998).

Tout comme la sous-utilisation des structures sanitaires à Niakhar au profit de l'automédication ne saurait être considérée comme l'expression déplorable d'une inadaptation à la modernité, les perceptions de la population en matière de paludisme nous semblent nettement plus complexes que les notions de bonnes connaissances ou de croyances archaïques, articulées autour de catégories opposant les représentations « modernes » et « traditionnelles » (Good, 1994). A Niakhar, les représentations du paludisme et les attitudes en matière de santé se caractérisent d'abord par leur grande hétérogénéité : l'expérience individuelle et les croyances ou les connaissances issues de différents horizons se superposent et s'imbriquent en une infinité de syncrétismes.

¹⁴⁶ Traduction de l'auteur : « In Africa, the pragmatic choice for prompt and effective treatment currently lies outside the formal health sector [...] the weakness of the public health-care system in much of sub-saharan African makes the use of self and home treatments indispensable »

Soumises aux influences du discours médical et des dogmes monothéistes, les populations ont lentement modifié leur système traditionnel de représentation de la maladie au profit de syncrétismes où la perception des causes, des manifestations, des conséquences et des traitements emprunte à différents univers thérapeutiques. Dans ce cadre, les perceptions de la population ne sont pas des obstacles au suivi des recommandations sanitaires : l'implication du moustique dans la transmission de la maladie est le plus souvent connue, les effets des traitements biomédicaux sont reconnus et le principe de suivi dans le temps des prescriptions est indéniablement acquis. On observe cependant l'existence de nombreuses confusions sur la nature, la cause et les modes de traitement du paludisme : la maladie est désignée par plusieurs entités disjointes, le caractère évolutif de la morbidité fébrile en accès pernicieux est ignoré, la connaissance des propriétés et des posologies des médicaments est faible, l'identification des critères de gravité et la compréhension de la notion de piqûre infectante sont rares. Ces multiples amalgames s'expliquent avant tout par la sous-exposition de la population à une information sanitaire ayant pour objectif de répondre aux préoccupations des autochtones.

7.2 Des déterminants multiples

Au terme de cette étude des principaux mécanismes de détermination des pratiques thérapeutiques à Niakhar, il ressort, que, d'une manière générale, les comportements de recours aux soins sont déterminés par un nombre important de facteurs prédictifs, ressortissant à différentes catégories explicatives, sans qu'apparaissent de prédominances marquées.

Les résultats ont mis en lumière l'existence de normes tacites prédéfinissant pour l'essentiel les schémas thérapeutiques et les modalités de prise en charge de la maladie au sein de la cellule familiale. D'une part en effet, l'analyse des comportements de recours aux soins au niveau des villages et des groupes de villages a mis en évidence l'existence d'effets contextuels. Les villages constituent des univers premiers façonnant des normes collectives de pratiques thérapeutiques et de gestion de la maladie, partagées par-delà les déterminations individuelles. Il est apparu d'autre part que, selon les ménages, les stratégies de planification des moyens thérapeutiques varient fortement et, avec elles, les habitudes thérapeutiques.

Ainsi, la majeure partie des ménages constitue une pharmacie à domicile en stockant des médicaments achetés à l'avance ou en conservant les résidus de traitement non correctement observés : ces pratiques axent la prise en charge de la maladie sur l'automédication, réduisent la propension à consulter en structure sanitaire et retardent la mise en œuvre des recours biomédicaux. A l'inverse, la minorité de ménages qui planifie les dépenses de santé en dégageant systématiquement un budget a un accès facilité à tout l'éventail thérapeutique, ce qui favorise la propension à réaliser des recours externes. En outre, conformément à la littérature, les normes de distribution du pouvoir moral et financier au sein de la cellule familiale influencent les pratiques thérapeutiques (Agyepong et al., 1999 ; Winch et al., 1997 ; Vlassof et al., 1994 ; Vlassof et al., 1998). A Niakhar, le pouvoir théorique de décision thérapeutique est rarement partagé et le plus souvent exclusivement reconnu au père de l'enfant. Logiquement, le père de l'enfant est nettement plus souvent impliqué dans le recours aux soins lorsqu'il est reconnu comme le seul à même de prendre les décisions thérapeutiques ; dans la mesure où il est le principal détenteur des moyens financiers, son intervention dans la prise en charge de la maladie augmente la propension à consulter en structure sanitaire, y compris dans un délai rapide. A l'inverse, dans un contexte socio-culturel où la mère de l'enfant jouit d'une autonomie financière et morale limitée, le partage du pouvoir décisionnel est associé à la mise en œuvre de soins moins coûteux : la mère ajuste ses pratiques thérapeutiques à sa marge de manœuvre et privilégie les soins à domicile ou les recours traditionnels.

Les comportements thérapeutiques ne sont cependant pas fixés en fonction d'une adhésion totale et définitive à de véritables modèles thérapeutiques, définissant des cadres opposables en comportements modernes *versus* comportements traditionnels. Chaque épisode morbide est spécifique et les réponses thérapeutiques apportées ponctuellement ne sauraient être considérées comme la pure expression de modèles généraux de comportements. Le choix du type et de la nature des soins, mais également les conditions de mise en œuvre des actes thérapeutiques restent déterminés par de multiples paramètres : l'itinéraire thérapeutique est « une suite aléatoire d'événements enchaînés par le contexte [...] dans la dynamique d'une micro-historicité individuelle souvent imprévisible » (Benoist, 1996, p.501 ; Gilson et al., 1994 ; Oberlander et al., 2000 ; Williams et al., 2003).

Pour un épisode morbide donné, les réponses thérapeutiques apportées par la famille dépendent à la fois de l'évolution des symptômes, des moyens médicaux, matériels et financiers disponibles, des rencontres et des suggestions faites, plus généralement d'un ensemble de circonstances et d'opportunités diverses : « certaines des raisons avancées par les mères pour expliquer le délai de recours de trois jours étaient la faible intensité de la maladie, l'absence de l'époux, d'autres importants problèmes à régler et le manque d'une personne pour s'occuper des autres enfants »¹⁴⁷ (Mwenesi et al. 1995, p.1273 ; Kalis, 1992). Conformément à la littérature, nos résultats soulignent ainsi que les antécédents de santé de l'enfant, le contexte morbide et les récents mouvements d'argent influencent la propension à consulter en structure sanitaire (Kengeya-Kayondo et al., 1994 ; Thera et al., 2000). Les pratiques thérapeutiques apparaissent surtout guidées par la nature du problème médical posé : les personnes en charge de la santé de l'enfant ne considèrent pas les épisodes morbides comme équivalents entre eux. La maladie appelle des réponses thérapeutiques différentes en fonction de ses caractéristiques cliniques : le profil symptomatique conditionne à la fois la propension à réaliser un recours externe et le choix de la filière thérapeutique. Nous avons ainsi observé dans notre étude que, conformément à la littérature, la présence d'une fièvre persistante, accompagnée d'autres symptômes, tels que le vomissements ou l'indisposition favorise la consultation en structure sanitaire (Agyepong, 1995 ; Molyneux et al., 2002 ; Baume, 1998 ; Baume et al., 2000 ; Jenkins, 1998 ; Tarimo et al., 1998 ; Goldman et al., 2000 ; Von Seidlein et al., 2002 ; Linblade et al., 2000 ; Yenneh et al., 1993). En revanche, les symptômes influencent relativement peu la pratique des soins à domicile, qui s'affirme comme une norme de traitement applicable à tous les types de morbidité : quel que soit le profil clinique, l'automédication concerne au moins 40 % des enfants.

L'étude des comportements de recours aux soins a par ailleurs mis en évidence l'existence d'une organisation sociale de la prise en charge de la maladie de l'enfant. La répartition des rôles pour la prise en charge de la maladie est organisée en fonction des rapports de genre et des règles de distribution des ressources au sein de la famille Sereer. A Niakhar, la construction de l'itinéraire thérapeutique s'inscrit dans un cadre collectif, au sein duquel chaque membre de la cellule familiale intervient selon un registre d'action prédéfini et spécialisé.

¹⁴⁷ Traduction de l'auteur : « some of the reasons given for the three days lapse by the mothers were predisposing factors including : perception that illness was mild, partner was being absent, other important matters to attend to and lack of someone to mind the ill child's siblings »

La gestion de l'épisode morbide ressort fondamentalement de la sphère de responsabilité maternelle, mais, bien souvent dans l'incapacité de pouvoir faire face aux dépenses liées à un recours en structure sanitaire, la mère de l'enfant privilégie les soins à domicile et les consultations auprès de thérapeutes traditionnels ; le père de l'enfant, autorité morale et détenteur du pouvoir économique, intervient surtout pour la prise de décision et le financement des soins les plus coûteux. Cette norme générale de prise en charge de la maladie n'est cependant pas fixe et varie en fonction de caractéristiques socio-démographiques et de la morphologie de la cellule familiale : dans les différents ménages, les modalités de l'intervention de la mère, du père et des personnes extérieures au couple parental sont guidées par leurs caractéristiques propres et celles du groupe familial. Les normes fixant le pouvoir de décision et l'accès aux ressources financières sont en effet dépendantes de facteurs individuels : la capacité de la mère de l'enfant à décider et à financer les soins augmente fortement avec l'âge et la parité. Cette influence reste elle-même conditionnée par la morphologie de la cellule familiale, qui catalyse les effets des facteurs socio-démographiques. En effet, dans le microcosme du ménage, l'autonomie d'action de la mère de l'enfant, virtuellement définie par son âge, sa parité ou son pouvoir économique, est effectivement liée à l'identité des autres membres de la cellule familiale : « la mesure dans laquelle les hommes et les personnes âgées exercent leur influence dépend de la symptomatologie, du coût des soins, de la morphologie du ménage, du milieu d'habitat et de la nature des relations individuelles au sein du ménage »¹⁴⁸ (Molyneux et al., 2002).

Par-delà les effets des statuts individuels et collectifs sur les conditions de prise en charge de la maladie, certains facteurs socio-démographiques déterminent les pratiques thérapeutiques à travers des attitudes spécifiques en matière de santé. Ainsi, les marqueurs de l'identité du groupe familial, la caste et l'ethnie, induisent des habitudes thérapeutiques particulières : les enfants rattachés à l'ethnie sereer et à une caste socialement marquée consultent moins souvent et plus tardivement en structure sanitaire. Dans la même logique, la sociabilité tournée sur l'extérieur et l'expérience migratoire des parents sont associées à une adhésion renforcée au modèle sanitaire biomédical, qui favorise la propension à suivre les recommandations des autorités sanitaires.

¹⁴⁸ Traduction de l'auteur : « the extent to which males and elders exert their influence depends on the symptoms being considered, cost of responses, household form, place of residence, and the specific nature of inter-personal relationships »

En revanche, en décalage avec la littérature, nous n'avons pas observé d'association entre le niveau d'instruction des parents et les conditions de prise en charge de la maladie au sein de la cellule familiale : l'instruction de la mère ne favorise notamment pas son autonomie financière ou son pouvoir de décision. Bien que limitées, les associations observées entre l'instruction et la propension à consulter en structure sanitaire ou à respecter les règles d'administration de la chloroquine après consultation relèvent d'autres mécanismes. Pour expliquer ces associations, il est possible de penser que, même de manière très relative, la scolarisation est un espace d'exposition à des savoirs liés à la santé et que l'instruction est un facteur d'émancipation à travers l'acquisition de compétences prédisposant à la réception et la compréhension des messages sanitaires.

Dans le cadre de notre étude, les associations entre les connaissances et les comportements de recours aux soins ne sont cependant ni systématiques ni linéaires. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, la connaissance des symptômes biomédicaux du paludisme n'a pas d'incidence sur la consultation en structure sanitaire. En outre, si l'influence des connaissances sur les pratiques thérapeutiques est réelle, elle n'en est pas moins relative : la connaissance du rôle du moustique dans l'infection palustre, la perception de l'efficacité des soins biomédicaux et les attitudes ouvertes à l'offre biomédicale favorisent significativement le recours en structure sanitaire, mais l'intensité des relations reste limitée.

Rejoignant les observations d'autres études, nos résultats suggèrent qu'à Niakhar, l'amélioration des connaissances n'induit pas nécessairement une modification des comportements dans le sens du suivi des recommandations sanitaires (Espino et al., 1997 ; Delcroix et al., 1993 ; Williams et al., 2003). De manière réciproque, nos résultats soulignent également que les représentations et les connaissances de la population ne constituent pas en elles-mêmes un obstacle à l'adoption de pratiques thérapeutiques efficaces. Cependant, dans la mesure où l'accès aux sources d'informations institutionnelles favorise l'observance des règles de posologie du traitement par chloroquine, il apparaît nécessaire de favoriser l'exposition de la population à une information sanitaire répondant à ses préoccupations et ses attentes.

De manière cohérente avec nos résultats soulignant le pragmatisme de la population, l'accessibilité des différentes alternatives thérapeutiques influence très fortement les comportements de recours aux soins. Pour expliquer la faible propension à consulter en structure sanitaire et les délais importants de recours, la littérature met le plus souvent en évidence les coûts directs et indirects de l'accessibilité financière et culturelle des soins (Quesnel et al., 1988 ; McCombie, 1996 ; Abosede, 1984 ; Asenso-Okyere et al., 1997).

Dans notre étude, le coût financier des différentes alternatives thérapeutiques, très variable, oriente les choix thérapeutiques des différents membres de la cellule familiale en fonction de leur pouvoir financier respectif : en particulier, la faible capacité des mères à payer de grosses sommes contraint fortement son champ d'action.

On observe également que les pratiques thérapeutiques des différents ménages varient en fonction du statut économique et social de la cellule familiale : les cellules familiales de grande taille, qui jouissent d'une position avantageuse, consultent plus en structure sanitaire, alors que la précarité économique des ménages comptant un petit nombre d'enfants explique leur moindre propension à consulter en structure sanitaire. Par ailleurs, bien que nos résultats documentent peu en eux-mêmes cette dimension, nos observations *in situ* confirment l'existence d'une « distance culturelle » entre les soignants et les soignés (Quesnel et al., 1988 ; Adjamagbo, 1999 ; Jaffré, 2001) : les infirmiers nommés en poste ne sont pas originaires du milieu d'étude, ne parlent pas l'idiome sereer et leurs relations avec les patients sont marquées par de multiples incompréhensions.

D'après les résultats de notre étude, la question de l'accessibilité se pose également en terme de disponibilité de l'offre de soins. L'éloignement par rapport aux structures sanitaires a une incidence majeure sur les pratiques thérapeutiques : la propension à consulter en structure sanitaire diminue avec la distance et, au contraire, la pratique d'automédication augmente. Dans la même logique, la faible consommation de chloroquine ou de tout autre anti-malarique s'explique en partie par leur absence des circuits informels. Entre pays africains, les variations des niveaux de consommation des médicaments anti-malariques sont importantes, mais renvoient avant tout à un ajustement de la demande à l'offre (figure annexe 7.1) : à Niakhar, la population consomme principalement des médicaments antipyrétiques ou antalgiques car ce sont les comprimés les plus largement diffusés.

En outre, au-delà des coûts sociaux et financiers indirects, nos résultats mettent en avant l'importance de la dimension logistique dans la définition de la notion d'accessibilité. La conception des pratiques thérapeutiques intègre en effet les obligations sociales que les membres de la cellule familiale doivent assumer. A Niakhar, comme le plus souvent en Afrique rurale, les femmes doivent quotidiennement abattre d'énormes charges de travail : elles assument simultanément un rôle de mère, un rôle de travailleuse, un rôle conjugal, un rôle domestique, un rôle familial, un rôle communautaire et un rôle individuel (Assogba, 1991). C'est ainsi que, durant la période agricole, en plus de s'occuper des enfants, d'assurer les corvées d'eau, la préparation du repas et l'entretien du ménage, elles ont en charge un énorme travail champêtre¹⁴⁹.

Le morpho-type de la cellule familiale, défini par la taille des unités domestiques, le nombre de ménages au sein de la concession, la structure par âge et la composition du ménage, est associé à des capacités différentes à mettre en œuvre un recours biomédical. Le coût relatif des différentes alternatives thérapeutiques dépend du « capital logistique » des cellules familiales : le cadre de réalisation des tâches productives et domestiques expose plus les unités domestiques de petite taille aux difficultés d'accès aux soins. Cette « inégalité logistique » pousse les cellules familiales à ajuster les normes en matière de prise de décision, de planification des moyens médicaux et de pratiques thérapeutiques à leurs caractéristiques propres.

7.3 Recommandations et perspectives

Au terme de cette étude des comportements de recours aux soins, au regard des résultats dégagés, de nos observations *in situ* et de la littérature, la réflexion pour la recherche de solutions visant à réduire la morbidité et la mortalité palustre s'articule à deux niveaux différents.

¹⁴⁹ Elles sont en particulier attachées à la récolte de l'arachide, l'extraction des graines, la récolte des fleurs d'ibiscus, leur séchage. A Niakhar, l'approvisionnement en eau se fait dans l'immense majorité des cas auprès de robinets collectifs, parfois éloignés de la concession car implantés dans un hameau ou un village voisin ; chaque jour, les femmes marchent avec leur bassine jusqu'au point d'eau.

7.3.1 Les choix politiques et financiers

Dans une réflexion en terme de santé publique dépassant largement le simple cadre de nos résultats, le problème de la lutte contre le paludisme apparaît avant tout comme une question de choix politiques et de moyens financiers. D'une part en effet, dans la plupart des pays africains, le financement public des dépenses de santé reste nettement insuffisant. Les Etats disposent de budgets restreints qui, du fait de leur surendettement, sont en grande partie consacrés au paiement du service de la dette : pour des raisons économiques et politiques, la part des ressources consacrées aux dépenses de santé reste le plus souvent inférieure à 5 % du PIB, quand 15 % représenteraient un palier minimal pour couvrir les besoins. D'autre part, les populations africaines, et, en premier lieu, les enfants, qui sont à la fois les plus exposés à la mortalité palustre et les plus démunis, sont dangereusement pénalisés par le poids des enjeux financiers dans le champ de la santé. L'industrie pharmaceutique, exclusivement guidée par les règles du libéralisme de marché, privilégie des créneaux porteurs, touchant par exemple à l'obésité ou au traitement hormonal des femmes ménopausées. Le paludisme et, plus généralement, les maladies ne touchant que des populations non solvables, sont complètement négligés : entre 1975 et 1997, seules 8 des 1223 molécules mises sur le marché ont visé des maladies tropicales humaines (Pécoul et al., 1997) et la production de médicaments efficaces contre la méningite ou la maladie du sommeil ont été arrêtées (Bulard, 2000).

L'Afrique rurale est entrée dans le 21^{ème} siècle sans avoir bénéficié de la révolution sanitaire (OMS, 1999) : entre 1993 et 1999, malgré la forte croissance de sa population, l'Afrique est le seul continent dont le volume de consommation médicamenteuse baisse (tableau annexe 7.1) (Bulard, 2000). Dans un contexte où l'on compte en moyenne un médecin pour près de 15 000 habitants¹⁵⁰, la sous-dotation financière des services de santé, le manque d'équipements et de soutien des personnels soignants (Bloland et al., 2001), constatée dès les années 1980 (Nations unies, 1986), sont à l'origine du ralentissement de la baisse des niveaux de mortalité dans l'enfance (Snow et al., 2000 ; OMS , 2002).

¹⁵⁰ En dépit de la volonté de donner l'illusion de toujours avoir des chiffres précis, les institutions internationales peinent à fournir des données sur l'accès des populations aux services de santé

Dans cette perspective, les avancées représentées par les résolutions et les conférences internationales consacrées aux enjeux du paludisme doivent être relativisées par le manque de moyens financiers qui y sont associés : les dotations effectivement effectuées restent nettement en deçà des besoins réels (Abuja 2000 ; Baudon, 2000 ; OMS, 1998a ; OMS 1998b). Si le constat n'est pas nouveau, il apparaît tristement incontestable : le principal obstacle aux efforts visant à réduire la mortalité dans l'enfance en Afrique est le manque de choix politiques forts et de moyens financiers donnant de vrais moyens pour réduire la pauvreté et améliorer l'accès de la population à des soins efficaces et de qualité.

7.3.2 Les choix de santé publique

Dans une réflexion centrée sur les choix de santé publique, nos résultats mettent en évidence la nécessité de repenser les caractéristiques de l'offre de soins biomédicale à plusieurs niveaux : en terme de stratégies d'information et d'implication de la population, de modalités d'accueil et d'écoute des patients, de conception et d'administration des protocoles de soins. Notre analyse est spécifiquement centrée sur les problèmes liés au paludisme ; cependant, les fondements de notre réflexion apparaissent plus généralement applicables au champ des maladies infectieuses tropicales.

Dans le cadre de la lutte en matière de paludisme, les stratégies touchant aux moyens de prévention, de contrôle et de traitement de la maladie sont principalement orientées sur le domaine technique. Encouragée par l'OMS, qui préconise la conception d'un nouvel anti-paludique tous les cinq ans, la lutte contre le paludisme repose avant tout sur des innovations pharmaceutiques (Etkin, 1991 ; Agyepong, 1992). Or, tout comme l'offre massive de services de santé ne constitue pas une condition suffisante pour provoquer des modifications durables et profondes des comportements sanitaires, le développement de nouveaux protocoles thérapeutiques ne constitue pas à lui seul une garantie de baisse de la mortalité (Khlat, 1996) : nos résultats montrent qu'à Niakhar, la sous-utilisation des protocoles anti-malariques et la mauvaise observance de leurs règles de posologie ont nettement plus d'implications en terme d'échecs thérapeutiques que les phénomènes de chimiorésistance.

Les limites récurrentes des politiques de santé tiennent en partie à la faible prise en compte des caractéristiques sociales et culturelles des populations : « le plus grand phénomène a été négligé, à savoir que la hausse de la morbidité palustre, bien que directement influencée par les changements des parasites et des vecteurs, sont plus directement provoqués par les comportements humains »¹⁵¹ (Brown, 1997, p.130 ; Charbit et al., 1994 ; Brinkmann et al., 1991 ; Ryan, 1998). Pour autant, les populations ne doivent pas être abusivement présentées comme les uniques responsables de la pression médicamenteuse à l'origine du développement des chimiorésistances. Il est indispensable de remettre en cause les limites d'une réflexion technique négligeant les aspects pratiques : la finalité d'un médicament est d'être ingéré par un être humain. Les innovations pharmaceutiques ne constituent qu'une réponse partielle au problème du paludisme et, dans une large mesure, « l'amélioration de la santé et la baisse de la mortalité [...] dépendent moins de nouvelles découvertes de nature médicales, que de l'application des connaissances déjà acquises » (Cantrelle et al., 1990, p.31).

Dans ce cadre, la faible fréquentation des structures sanitaires apparaît à la fois liée à leur faible accessibilité géographique et financière, mais également aux effets secondaires des traitements, au manque de visibilité de leur action et à la complexité de leur mode d'administration (MacCormack, 1984). Le contrôle du paludisme constitue un problème de santé publique multidimensionnel : la baisse durable de la morbidité et de la mortalité palustre implique une action simultanée à plusieurs niveaux, avec des solutions médicales prenant en compte les caractéristiques sociales, culturelles et économiques des populations. Dans l'immense majorité des cas, l'évaluation des protocoles thérapeutiques prend en compte trois dimensions : l'efficacité, la tolérance et le coût des médicaments. Afin de faciliter le respect des règles d'administration du traitement, il nous semble indispensable d'ajouter une quatrième dimension : celle de l'adéquation du protocole de traitement aux habitudes thérapeutiques de la population cible. L'élaboration de solutions thérapeutiques pérennes rencontrant l'adhésion de la population repose sur l'élaboration d'un traitement à la fois facilement accessible, efficace, aux effets rapidement visibles et basé sur un protocole d'administration adapté aux attentes de la population.

¹⁵¹ Traduction de l'auteur : « the bigger picture has been neglected-namely that increased rates of malaria morbidity, although directly influenced by changes in the parasite and vector, are more directly caused by human behaviours. Those behaviours are both related to individual culturally coded patterns and larger-scale sociological phenomena including the political-economic level »

A partir de nos résultats et au regard des principaux enseignements de la littérature, nous proposons quelques pistes de réflexion pour l'amélioration conjointe de la qualité, de l'acceptabilité et de l'accessibilité des soins, dans l'objectif de contribuer au renforcement durable de la fréquentation des structures sanitaires et de la bonne utilisation des anti-malariques.

7.3.2.1 La qualité des soins

Du point de vue du patient, la notion de soins de qualité revêt plusieurs dimensions. La littérature met d'une part en évidence des problèmes structurels d'organisation et de fonctionnement des services sanitaires, induisant en particulier des problèmes au niveau des relations entre les soignants et les soignés (Dondi et al., 1998 ; Mwenesi, 1993 ; Ruebush et al., 1995 ; Maynard-Tucker, 2000 ; Olivier De Sardan, 1997). L'analyse anthropologique du fonctionnement du système sanitaire montre ainsi qu'en Afrique, le personnel médical est placé dans une posture spécifique, qui, notamment en raison du manque d'encadrement, des lacunes de la formation et de la faible rémunération, donne lieu à de nombreuses dérives (Jaffré et al., 2003). Pour modifier les pratiques abusives, notamment marquées par des rapports fréquemment conflictuels entre les patients et les agents de santé, plusieurs auteurs recommandent d'aménager les modalités de formation et d'accompagnement du personnel médical ; ils proposent également des adaptations des conditions de travail. Dans cette perspective, il nous paraît intéressant de réfléchir à des solutions pratiques modifiant les normes de déroulement de la consultation et favorisant les échanges : par exemple en imposant, en complément des registres tenus par les infirmiers, des fiches individuelles recueillant des informations sur le malade.

La littérature souligne d'autre part l'influence positive de l'efficacité médicale des soins proposés sur la fréquentation des structures sanitaires et sur les niveaux de mortalité ; à l'inverse, l'offre gracieuse de soins d'efficacité limitée reste perçue comme peu attractive (Locoh et Cantrelle ; Lamb et al., 1984 ; Delcroix et al., 1993 ; Reynolds-White et al., 2000). A Niakhar comme ailleurs, la population recherche en priorité des soins efficaces : les trajectoires géographiques de l'itinéraire thérapeutique montrent que la population est prête à couvrir d'importantes distances pour recevoir les soins perçus comme les plus appropriés ; les injections, aux effets rapides, sont bien souvent la principale raison ayant poussé à consulter en structure sanitaire.

Or, nos résultats montrent qu'au regard de l'offre disponible, l'automédication et la consultation en structure sanitaire sont bien souvent considérés comme des soins interchangeables et donc, dans une certaine mesure, concurrents ; le commentaire désabusé d'un père de famille l'illustre de manière imparable : « quand tu vas au dispensaire, on te donne du paracétamol et de la nivaquine¹⁵². Si c'est pour un enfant, alors il prend un comprimé. Si c'est un grand ou un adulte, alors c'est deux. Maintenant, je connais, je n'ai plus besoin d'aller jusque là-bas » (A.D., Kalom). Dans un contexte d'intensification des phénomènes de chimiorésistance, la question de l'efficacité des protocoles thérapeutiques est particulièrement sensible ; l'adhésion de la population à l'offre de soins biomédicale repose en premier lieu sur la mise à disposition de protocoles efficaces et reconnus comme tels.

Le renforcement de la crédibilité de l'offre biomédicale passe également par la mise en place d'équipements permettant la pratique d'examens biologiques¹⁵³. En mettant fin aux diagnostics présomptifs routiniers, qui vont du symptôme au traitement (Fassin, 1992, p.52), ces examens donneraient à la consultation l'occasion de pratiquer un véritable acte médical permettant également de réduire la pression médicamenteuse (Lefèbvre-Zante, 1989).

La réflexion sur la qualité des soins biomédicaux englobe la question des stratégies d'information et de sensibilisation de la population. Nos résultats ont mis en exergue les limites des stratégies de communication classiques : elles permettent l'acquisition diffuse de quelques notions essentielles, mais contribuent à entretenir de multiples confusions sur la nature, la cause et le traitement du paludisme. Ainsi, si les messages sur la reconnaissance des signes de gravité ou sur la nécessité de réduire les délais de mise en œuvre de recours externes en traitant rapidement les symptômes n'ont pas été bien assimilés par la population, c'est d'abord en raison des modalités de communication de l'information.

Il apparaît indispensable de remplacer les opérations de communication basées sur la délivrance de messages généraux par une sensibilisation de l'échange visant à répondre aux interrogations de la population (Babalola, 2001).

¹⁵² La nivaquine est l'équivalent de la chloroquine

¹⁵³ Par la pratique d'un examen d'une goutte épaisse à l'aide d'un microscope et/ou de bandelettes

Les campagnes sanitaires doivent devenir des espaces de rencontre et de dialogue, agrémentés de jeux, de débats et de mises en scène, permettant de relier les messages aux concepts et aux modes de vie locaux. Elle doivent également s'appuyer sur des actions vivantes menées sur le terrain, dans et autour des structures sanitaires, comme, par exemple, des opérations de vente en direct à prix réduits de moustiquaires, à des périodes appropriées.

Par ailleurs, les campagnes d'information et de sensibilisation, conçues autour des préoccupations de la population et non plus seulement à partir des objectifs de santé publique, doivent être suffisamment souples pour cibler, selon le contexte endémique et culturel, les points de connaissance devant être appuyés. Au regard de nos résultats, il nous semble qu'à Niakhar, les campagnes d'information devraient insister spécifiquement sur plusieurs dimensions. En premier lieu, afin d'amener la population à faire le lien entre les épisodes fébriles simples et les accès pernicioseux, il apparaît important d'insister sur le caractère évolutif et mortel du paludisme, impliquant une référence précoce en structure sanitaire pour éviter le passage des accès simples aux formes graves. En second lieu, les résultats ayant mis en évidence la faible connaissance des médicaments, les campagnes doivent permettre de présenter, par exemple à travers des séances ludiques, les différents comprimés, leurs aspects, leurs propriétés et leurs conditions d'administration respectives. Dans cette perspective, au regard du fait qu'à peine 20 % des traitements par chloroquine pris spontanément et moins de 60 % de ceux intervenant après consultation en structure sanitaire sont conformes au protocole d'administration, il apparaît nécessaire d'insister sur la nécessité de suivre un traitement jusqu'à terme en cas d'amélioration précoce des symptômes.

L'amélioration des campagnes sanitaires implique également une redéfinition des « populations cibles ». Dans leur immense majorité, les programmes sanitaires ne s'adressent qu'aux femmes. Le découpage socialement organisé des rôles au sein de la cellule familiale pour la gestion des épisodes morbides, peu étudiée dans la littérature, est également rarement prise en compte dans la conception des campagnes d'information sanitaire : « les approches d'éducation sanitaire courantes ne prennent pas suffisamment en compte les différences liées aux rapports de genre qui opèrent au sein du ménage et déterminent le bien-être de la communauté »¹⁵⁴ (Tanner et al., 1998, p.530 ; Williams et al., 2003).

¹⁵⁴ Traduction de l'auteur : "current health education approaches [...] do not sufficiently address the strongly gender-related differentials that operate at the household level and determine the health and well-being of communities"

Or, les normes en matière de répartition sociale des rôles pour la prise en charge de la maladie des enfants varient selon les contextes, y compris en Afrique sub-saharienne (Yenneh, 1993 ; Oni, 1996 ; Lloyd et al., 1996). A Niakhar, la prise en charge de la maladie est un processus collectif articulé autour d'une spécialisation des rôles des différents membres de la cellule familiale. Le père, responsable « financier » de la cellule domestique, n'exerce pas d'autorité de contraintes mais prend en charge les soins les plus onéreux. La mère, qui veille d'une manière générale au bien-être de l'enfant, identifie la maladie et prodigue les premiers soins : son action reste cependant contrainte par un manque d'autonomie financière et morale (Tanner et al., 1998 ; Locoh, 1995 ; Kritz et al., 1993). Les campagnes d'éducation sanitaire centrées sur les femmes participent elles-mêmes au renforcement de l'idée que la prise en charge de la maladie des enfants relève avant tout de la sphère maternelle¹⁵⁵ (Bop et al., 1999 ; Baume, 2002). Elles resteront insuffisantes tant que les femmes n'auront pas acquis un statut économique et social leur permettant d'être des acteurs pleinement autonomes pour la mise en œuvre des soins qu'elles choisissent.

Appuyées sur les connaissances des normes de gestion de la maladie au sein du ménage, les interventions liées au paludisme doivent prendre pour cible l'ensemble des acteurs du recours aux soins : « les informations devraient être ajustées aux structures de décision au sein du ménage, prenant en compte qui est susceptible de recevoir l'information, de la faire circuler et de l'utiliser »¹⁵⁶ (Tanner et al., 1998, p.530 ; Heggenhougen, 2003). Les campagnes sanitaires doivent être conçues pour s'adresser à toutes les personnes concernées par la prise en charge de la santé de l'enfant, notamment les pères de famille et les personnes âgées. Dans la mesure où l'implication du père de l'enfant dans l'itinéraire thérapeutique est bien souvent la condition permettant la mise en œuvre d'un recours en structure sanitaire, les campagnes de sensibilisation doivent amener les pères à prendre conscience de l'intérêt de leur implication rapide et systématique dans l'épisode morbide.

¹⁵⁵ De ce point de vue, le choix méthodologique d'interroger systématiquement le père de l'enfant s'inscrit en rupture totale avec cette logique

¹⁵⁶ Traduction de l'auteur : « the information should be tailored to typical household decision-making structures, taking into account who is likely to receive the information and to pass it on within the household, and who is likely to use it ».

Pour que le père ne se contente pas d'être un décideur financier sollicité en cas d'épisodes graves ou durant dans le temps, mais soit impliqué dans la prévention des maladies et le suivi des épisodes morbides dès le diagnostic, pour que, plus généralement, émergent des modèles conjugaux basés sur un partage plus égalitaire de l'accès aux ressources, « il faut mieux concevoir les campagnes d'information et de sensibilisation et les services de conseil eux-mêmes pour que les hommes se sentent concernés, comme les femmes » (Bop et al., 1999 ; Ottong, 1993).

Pour gagner en visibilité et favoriser la compréhension des messages sanitaires par la population, nous suggérons également que les campagnes de sensibilisation soient en partie menées par des membres issus de la communauté. En effet, bénéficiant de la même proximité géographique, sociale et culturelle que les vendeurs informels de médicaments, les agents de santé issus de la communauté, formés et indemnisés, pourraient constituer un corps capable d'assurer des actions de terrain régulières, pour un impact renforcé.

7.3.2.2 L'acceptabilité des soins

Les phénomènes de chimiorésistance s'expliquent par une utilisation inadéquate des moyens médicaux ; cependant, les fondements de la pression médicamenteuse s'enracinent dans les caractéristiques même des protocoles thérapeutiques. Les mécanismes ayant conduit à l'obsolescence de la chloroquine menacent tous les protocoles, y compris les associations médicamenteuses : dans certaines régions d'Afrique et d'Asie du Sud-Est, il a déjà été observé une diminution de la sensibilité à l'artémisinine et des résistances à l'amodiaquine, à la méfloquine, à la quinine, à la sulfadoxine / pyriméthamine et à des bithérapies (Bloland, 2000).

La préservation à long terme de l'efficacité des protocoles thérapeutiques repose sur une utilisation conforme aux prescriptions (Bloland et al., 2000), rendue possible par la prise en compte du point de vue des utilisateurs (Heggenhougen et al., 2003). Un suivi durable des recommandations n'est cependant possible que si les modalités d'administration des médicaments sont en adéquation avec les caractéristiques sociales, culturelles, économiques de la population et, plus spécifiquement, avec ses habitudes thérapeutiques : les protocoles doivent d'être adaptés aux attentes et aux habitudes de la population, notamment du point de vue des règles d'administration et de la visibilité des effets.

Au regard de l'ensemble des paramètres décrits, le choix de nouveaux protocoles thérapeutiques apparaît délicat. En effet, la chloroquine, peu chère et chimiquement stable, a habitué la population à un traitement de faible coût, facilement conservable et de toxicité acceptable. En mai 2003, les autorités sanitaires sénégalaises ont décidé de changer de manière transitoire le protocole de première ligne en remplaçant la chloroquine par l'association sulfadoxine-pyriméthamine/ amodiaquine¹⁵⁷.

Ce type d'association présente l'avantage de gagner en efficacité thérapeutique et de réduire la probabilité de développement de chimiorésistances¹⁵⁸ (Bloland et al., 2001), pour un surcoût financier qui, grâce aux subventions, reste minime. D'autres associations sont également envisagées, intégrant notamment les dérivés d'artémisinine, qui permettent de réduire la densité parasitaire plus vite que les autres médicaments¹⁵⁹ (Bloland et al., 2001). Cependant, plusieurs points d'incertitude pèsent sur l'efficacité et la pérennité de ces protocoles. D'un point de vue médical et épidémiologique, les effets secondaires liés à l'ingestion de ces médicaments reste mal connus et les conséquences de l'association de médicaments aux principes actifs différents sur la transmission de l'infection palustre et sur le développement de chimiorésistances sont difficiles à évaluer, notamment en cas de pression médicamenteuse majorée par une observance inadéquate des traitements.

D'un point socio-culturel et anthropologique, l'adhésion de la population à des protocoles basés sur la prise de plusieurs comprimés à intervalles variables, à posologies différentes ou à durées inégales reste également soumise à caution. Plus encore, sachant que les attentes de la population sont tournées vers des soins ayant des effets immédiats sur les symptômes -les soins plébiscités sont les injections et le paracétamol-, l'action de certains anti-malariques aux principes actifs lents est susceptible de ne pas susciter un engouement au sein de la population.

¹⁵⁷ Le protocole d'administration repose sur une ingestion d'un demi comprimé de sulfadoxine-pyriméthamine pour 10 kg de poids en une prise unique et de 10 mg d' amodiaquine par kg et par jour pendant 3 jours (existe également en sirop dosé à 50 mg pour 5 ml et en comprimés dosé à 200 mg)

¹⁵⁸ La probabilité d'apparition simultanée d'une résistance à deux agents chimio thérapeutiques aux mécanismes d'action indépendants est très faible.

¹⁵⁹ Il existe une multiplicité d'anti-malariques, qui ont des sites d'action (la vacuole digestive du parasite, la synthèse de l'acide folique chez le parasite), un délai d'action et une durée d'action différente. Ainsi, la chloroquine, les dérivés d'artémisinine la quinine, l'amodiaquine, la méfloquine, l'halofantrine ont un délai d'action rapide (moins de 2 heures), mais une durée d'action variables, pouvant être brève, ce qui implique des prises espacées de quelques heures seulement. A l'inverse, le fansidar ou la luméfantrine agissent après 12 heures mais ont une durée d'action prolongée (jusqu'à 28 jours pour le fansidar).

Dans la littérature, plusieurs propositions visent à faciliter l'observance des traitements, notamment à travers le pré-conditionnement des médicaments en doses journalières (Yeboah-Antwi et al., 2001 ; Kilian et al., 2001). Il nous paraît nécessaire d'aller plus loin, en repensant les protocoles même d'administration, notamment en privilégiant les prescriptions basées sur une prise unique ou, à défaut, sur un maximum de deux ingestions (Kilian et al., 2001). Il semble également important de mettre l'accent sur la présentation même des médicaments, en adoptant des objectifs ambitieux appuyés sur un principe d'égalité : si la savarine destinée aux touristes réunit en un comprimé deux molécules différentes, pourquoi la population ne pourrait pas bénéficier, elle aussi, pour un coût modique, d'associations synthétisées en une forme unique ? Enfin, dans la même logique, les solutions liées à l'administration intra-rectale pour les enfants représentent des perspectives thérapeutiques très intéressantes, qui ne doivent pas être négligées (Ndiaye et al., 2000).

Nous pensons en outre que la redéfinition des protocoles thérapeutiques doit s'accompagner d'un verrouillage du marché du médicament garantissant un monopole aux structures sanitaires. Cela permettrait de revaloriser la consultation en structure sanitaire, en lui donnant un caractère exclusif : à l'image de ce que l'on observe pour les tous jeunes enfants, dont le traitement à base de sirop est exclusivement disponible en structure sanitaire, l'automédication ne pourrait plus être considérée comme équivalente. De plus, dans le cadre d'un protocole thérapeutique basé sur une ou deux prises, la première ingestion observée en structure sanitaire favoriserait l'efficacité du traitement et réduirait la pression médicamenteuse.

7.3.2.3 L'accessibilité des soins

Conformément à la littérature, nos résultats ont montré que les contraintes financières, l'éloignement des structures sanitaires, le temps d'attente pour la consultation et plus généralement les coûts thérapeutiques directs et indirects pèsent fortement sur les pratiques thérapeutiques (Biaye, 1994). Il apparaît intéressant de réfléchir aux moyens de réduire, d'une part, les difficultés logistiques, temporelles et géographiques d'accès aux soins, et d'autre part, les difficultés financières de consultation et de traitement.

Au Sénégal, dans un contexte où la chloroquine est peu intégrée aux réseaux de ventes informels de médicaments, la faible accessibilité des structures sanitaires réduit fortement les sites d'approvisionnement en chloroquine : cela a pour conséquence de dangereusement limiter la consommation d'anti-malariques, au profit des anti-pyrétiques et des analgésiques. Cette situation, en profond décalage avec d'autres pays africains (figure annexe 7.1), met en exergue le problème structurel d'accessibilité de l'offre de soins biomédicale : tant que les protocoles officiels seront nettement moins disponibles que les comprimés vendus sur le marché informel, la population privilégiera les médicaments disponibles en abondance et pour pas cher devant leur porte, même s'ils sont inadéquats et susceptibles d'engendrer une aggravation de l'état clinique des malades (Massele et al., 1998 ; Van der Geest, 1999 ; Basco, 2004).

Dans notre étude, la forte fréquentation des cases de santé fonctionnelles met en avant l'importance, aux yeux de la population, de la proximité géographique et sociale des soins, des horaires aménagés et du temps d'attente réduits. Face au constat que les soins éloignés ne sont pas utilisés, il apparaît indispensable, en l'absence des véritables moyens financiers permettant une profonde modification du système sanitaire, d'œuvrer à la mise en place des conditions d'implantation d'un dense réseau de cases de santé : chaque village devrait disposer d'une case de santé tenue par un agent de santé communautaire. Ces cases de santé seraient tenues par des agents de santé communautaires, qui assureraient également le rôle de relais locaux d'informations en matière de santé ; elles seraient systématiquement dotées d'une charrette permettant d'effectuer, en cas de nécessité, une évacuation vers la structure sanitaire de référence. Pour éviter que ce programme ne soit un nouveau coup d'épée dans l'eau, il devra s'inscrire dans le temps et prévoir un suivi régulier sur le terrain, en terme de formation du personnel, de contrôle du fonctionnement et d'intégration de la case de santé à la pyramide sanitaire.

Un programme d'envergure pour la création et l'encadrement de cases de santé constitue une réponse peu coûteuse et adaptée aux besoins d'une offre de soins souple de proximité, créant une concurrence aux vendeurs informels de médicaments et contribuant à réguler le marché informel de vente de médicaments¹⁶⁰.

¹⁶⁰ Le volume de ventes de médicaments issus du secteur informel dépasse celui du secteur public (Fassin, 2001; WHO, 20^{ème} Report).

Le développement des cases de santé représente également l'occasion d'un renforcement de la dynamique communautaire. A Niakhar, la population participe peu à la gestion du fonctionnement des structures sanitaires, à la lutte anti-vectorielle et aux programmes de sensibilisation ; or, dans un système sanitaire basé, conformément aux principes de l'initiative de Bamako, sur le recouvrement des coûts, l'implication communautaire est indispensable pour ramener les coûts réels des soins aux coûts officiels : « pour le contrôle du paludisme, aujourd'hui ou demain, la participation des populations est absolument essentielle, et, dans le futur, beaucoup dépendra de la volonté communautaire »¹⁶¹ (Sharma et al., 1986 ; Caldwell, 1999).

A Niakhar, les difficultés financières d'accès aux structures sanitaires ont un caractère discriminatoire : elles touchent d'abord les cellules familiales les plus précaires, les plus fragiles et les moins aptes à faire face à l'adversité. Elles pénalisent en outre les acteurs les plus démunis, au premier rang desquels viennent les jeunes mères. Pour réduire l'impact financier des coûts, il apparaît que le système de tarification pratiqué par les dispensaires privés, basé sur un coût fixe indépendant du traitement prescrit, présente l'avantage de minimiser l'incertitude lié au coût de visite en structure sanitaire public, avec pour conséquence de réduire le délai de mise en œuvre de consultations en structure sanitaire et de limiter les pratiques de sélection des ordonnances.

En l'absence d'un véritable système étatique de sécurité sociale garantissant à tous un accès aux soins, la réduction de l'obstacle financier s'appuie nécessairement sur des formes d'organisation collective dépassant le stade du chacun pour soi en matière de traitement des maladies. Les résultats de l'étude ayant mis en évidence le fait que la non planification des dépenses de santé réduit la capacité des ménages à consulter en structure sanitaire, il apparaît intéressant de mener une réflexion autour d'initiatives collectives permettant d'assurer l'anticipation d'un budget de santé par des cotisations régulières. Dans le contexte de grande pauvreté de la population d'étude, la prise en charge de la maladie ne doit plus être du ressort exclusif du ménage, sans l'appui de mécanismes de solidarité institutionnalisés permettant de supprimer le coût direct de la consultation en structure sanitaire.

¹⁶¹ Traduction de l'auteur : « ...for successful malaria control, whether today or tomorrow, people's participation is absolutely essential, and in the future, much will depend on the community-will »

La planification collective des moyens médicaux aurait le double avantage de libérer la mère des contraintes financières pesant sur ses choix thérapeutiques et de réduire les délais de consultation liés à la mobilisation des sommes nécessaires à la couverture de soins. Le financement des structures sanitaires pourrait s'appuyer sur des systèmes de cotisations indirectes adaptées aux contextes socio-culturels : il pourrait notamment être articulé autour de cotisations régulières intégrées sous la forme de tontines, ou, de manière encore plus souple, s'appuyer sur un prélèvement d'une partie de la production agricole au moment de la récolte (mil, arachide).

Chapitre 8 - Conclusion générale

Au Sénégal, le paludisme pose un problème de santé publique majeur : il représente l'une des toute première cause de mortalité dans l'enfance, provoque une morbidité fréquente et induit d'importantes pertes économiques. Au terme de cette étude des comportements de recours aux soins, il nous semble possible, au regard du cadre théorique de recherche, de la méthodologie d'enquête et des analyses réalisées, de dégager, d'une part, des conclusions à caractère méthodologique et théorique et d'autre part, des conclusions dans une perspective de santé publique.

8.1 Les enseignements méthodologiques et théoriques

Pour l'essentiel, les résultats mettent en lumière la logique pragmatique des populations et vérifient l'existence de multiples déterminants des comportements de recours aux soins, tout en soulignant la dimension sociale de la prise en charge de la maladie. Concordant avec les résultats d'autres études menées auprès de la population sereer de Niakhar, nos observations montrent que, pour une morbidité fréquente mais peu grave, la population a une forte pratique de soins à domicile, une faible propension à consulter hors de la concession et une tendance à plus consulter en structure sanitaire qu'auprès de thérapeutes traditionnels (Traoré, 2002 ; Waitznegger-Lalou, 2001 ; Baxerres, 2002 ; Dione, 1999).

Les comportements de recours aux soins sont le produit des multiples contraintes, imposées par les ressources financières et l'organisation sociale du ménage, dans un contexte marqué par les faiblesses de l'institution médicale. La population s'appuie sur des stratégies thérapeutiques pragmatiques, privilégiant la prise en charge la plus rapide, la plus efficace et la plus économe possible. Dans un univers où l'offre de soins est régie par les lois du marché (Fassin, 1992), les malades ont, dans la limite des contraintes qui s'imposent à eux, le libre choix des soins : en période de soudure où les liquidités disponibles sont très faibles, face au coût élevé et la difficile accessibilité géographique des structures sanitaires, la logique pragmatique des populations conduit à fréquenter rarement les centres de soins biomédicaux.

Les comportements de recours aux soins privilégiant une utilisation rationnelle des moyens financiers et médicaux disponibles apparaissent en pleine adéquation avec les théories décrivant les mécanismes associés au processus de décision, à partir de l'évaluation en terme de coûts / bénéfices des différentes alternatives thérapeutiques (Godin, 1988).

A Niakhar, la construction de l'itinéraire thérapeutique s'inscrit dans un processus collectif où les proches de l'enfant participent à la prise en charge de la maladie selon un découpage des rôles organisé en fonction de rapports statutaires. La construction du recours thérapeutique possède une double dimension sociale. D'une part en effet, l'itinéraire thérapeutique implique le plus souvent plusieurs personnes qui interagissent aux étapes successives de conception, de financement, de mise en œuvre et d'administration du soin. D'autre part, les modalités de prise en charge de la maladie de chacun des membres de la cellule familiale sont dépendantes de rapports statutaires complexes liés aux caractéristiques socio-démographiques individuelles et à la morphologie du ménage : les choix thérapeutiques individuels ne sont pas le simple prolongement de représentations différentes, ils sont également l'expression d'une compliance aux comportements attendus et imposés par le contexte social.

L'interprétation des comportements de recours aux soins doit prendre en compte cette dimension collective, où chacun des acteurs tend à adapter sa pratique à celle correspondant à son rang et son statut dans la cellule familiale. Ainsi, l'analyse des pratiques thérapeutiques des mères doit s'effectuer en fonction d'un contexte social caractérisé par un habitat virilocal où l'épouse, âgée en moyenne de près de dix ans de moins que son mari, doit s'insérer dans un univers familial étranger, en se pliant à des normes coutumières hiérarchisant fortement les rapports intergénérationnels. Elle doit également prendre en compte l'environnement économique, où l'activité principale, basée sur des cultures de rente, rend la femme fortement dépendante de son mari sur le plan financier.

L'étude des déterminations des comportements de recours aux soins montre que le recours aux soins est un comportement social répondant à la fois à des logiques médicales, socio-culturelles et économiques. Les pratiques thérapeutiques sont déterminées par une multiplicité de facteurs, ressortissant à différentes catégories explicatives, qui apportent tous une contribution partielle à l'explication des déterminations des pratiques thérapeutiques (Vallin, 1989).

Les relations observées sont sensiblement différentes de celles classiquement décrites dans la littérature. Ainsi, en contradiction avec les discours simplistes présentant le manque de connaissances et les représentations des populations comme les principales barrières à l'utilisation des services de santé et au bon usage des médicaments, les relations entre la pratique des soins biomédicaux et les connaissances en matière de santé ne sont pas systématiques. A Niakhar, les perceptions en matière de santé sont hétérogènes, accommodées de nombreuses influences extérieures et les connaissances le plus souvent superficielles (Heidenreich, 2000). De manière plus générale, c'est toute « l'arène » de la santé qui vit une ère de transition. Parallèlement aux représentations flottantes, on observe, d'une part, que les pratiques thérapeutiques de la population ne sont pas fixes et d'autre part, que les professions de santé elles-mêmes connaissent de profondes évolutions - lentement mais inexorablement, la médecine traditionnelle se détache des champs religieux et sacrés pour devenir une alternative parmi d'autres médecines.

Dans ce cadre en pleine mutation, la sous-utilisation des services de santé en cas d'épisode fébrile n'est pas la pure expression d'un choix raisonné résultant de barrières culturelles, mais un équilibre entre les perceptions des maladies et d'autres facteurs, notamment économiques. Le manque de connaissances n'est ni la seule ni la principale contrainte à un traitement rapide et efficace du paludisme ; les caractéristiques de l'épisode morbide, la pauvreté, l'efficacité des médicaments, l'éloignement des services de santé et les modes familiaux de gestion de la santé sont autant de réalités expliquant les comportements de recours aux soins. Les résultats attestent que les recommandations des autorités sanitaires peuvent être suivies sans que le schéma interprétatif biomédical soit acquis : les interprétations basées sur des catégories d'analyse stéréotypées opposant des « bonnes » et « des mauvaises » connaissances ou pratiques.

Dans la même logique, l'influence de plusieurs caractéristiques socio-démographiques, dont le sexe de l'enfant, le statut matrimonial des parents, l'instruction et la confession religieuse sont apparues moins directes et moins intenses que dans d'autres études. L'âge de l'enfant, l'âge de ses parents, la caste et l'ethnie influencent en revanche fortement à la fois les pratiques thérapeutiques et les modalités de prise en charge de la maladie.

Ces décalages peuvent en partie être expliqués par notre approche théorique : nous nous sommes intéressés à des facteurs rarement pris en compte, tels que le contexte de survenue de l'épisode morbide, les caractéristiques de la maladie, la morphologie de la cellule familiale et les paramètres contextuels. Ainsi, le profil symptomatique constitue un critère majeur pour le choix des soins, notamment pour la sélection, parmi les épisodes morbides, de ceux qui déboucheront sur la mise en œuvre des recours les plus difficilement accessibles ; la morphologie des unités domestiques influence le cadre décisionnel, les stratégies de planification des moyens médicaux et le coût logistique des pratiques thérapeutiques. Par ailleurs, les comportements des ménages sont en partie déterminés par des facteurs contextuels : les pratiques thérapeutiques varient selon l'éloignement des concessions aux structures sanitaires mais les normes de prise en charge de la maladie varient selon des modèles collectifs de comportements, perceptibles au niveau des villages ou de groupes de villages.

Pour l'essentiel, les résultats ont vérifié nos hypothèses de départ et, ce faisant, ont validé l'intérêt d'un cadre de recherche dégagé des approches exclusivement centrées sur un groupe de déterminants spécifiques. Dans une perspective méthodologique, nos résultats confirment l'importance de ne pas caractériser les pratiques thérapeutiques développées lors d'un épisode morbide spécifique comme un modèle de comportements fixe et arrêté, sans la prise en compte des paramètres caractérisant précisément la maladie et la situation des acteurs : la maladie n'est pas un événement figé et doit être replacé dans le cadre d'une histoire particulière. De ce point de vue, le choix de travailler sur une courte période de référence et de dresser à travers la fiche Récamal une sorte de partogramme de l'histoire morbide a permis de mettre en évidence le caractère spécifique de chaque épisode morbide¹⁶² : nous avons observé une grande hétérogénéité des profils symptomatiques sur le plan du nombre, de la nature, de l'intensité et de la durée des symptômes associés. Les résultats appellent, pour les futures études, des approches méthodologiques affinées, prenant en compte un plus grand nombre d'éléments tels que l'incidence d'absences ponctuelles de membres de la cellule familiale au moment de la survenue de la maladie.

¹⁶² Tout en permettant de vérifier l'adéquation de l'échantillon d'analyse à notre objet de recherche, les épisodes fébriles associables à du paludisme présomptif.

Par ailleurs, les observations soulignant l'existence d'une répartition socialement organisée des rôles au sein de la cellule familiale valident notre choix d'interroger systématiquement la mère et le père de l'enfant, mais également la stratégie d'analyse basée sur des indicateurs prenant en compte leurs caractéristiques respectives. Au regard de la littérature, ces résultats mettent en avant la nécessité de remplacer l'analyse au niveau de la mère de l'enfant par un paradigme situé au niveau de l'unité de gestion collective de la maladie, la cellule familiale.

Enfin, bien que la faiblesse des effectifs d'épisodes morbides ayant débouché sur un recours en structure sanitaire a réduit notre capacité à analyser les mécanismes associés aux délais de recours et au respect des règles de posologie des traitements prescrits, il est apparu que le pragmatisme des populations explique bien plus la nature des choix thérapeutiques que les conditions de leur mise en œuvre. Devant ce constat, nous suggérons la mise en place, pour de futures études, de protocoles méthodologiques permettant de recentrer l'analyse sur les conditions de mise en œuvre des soins. Plus généralement, les enjeux méthodologiques associés à la production et à la comparaison des résultats sur les représentations et les pratiques thérapeutiques rappellent l'importance d'homogénéiser les protocoles d'enquête.

8.2 Les enseignements de santé publique

La prise de conscience des limites intrinsèques des stratégies de lutte appréhendant le paludisme comme un problème de santé identique partout dans le monde, auquel il serait possible de répondre par une stratégie unique et globale a été un préalable nécessaire à la reconnaissance de l'intérêt de l'approche socio-culturelle pour l'élaboration de programmes de lutte contre le paludisme adaptés à des contextes régionaux spécifiques (Reynolds-Whyte, 2000).

Partant du constat du trop faible apport des sciences sociales à la lutte contre le paludisme, d'une part en raison de leur récente introduction dans la réflexion de santé publique et d'autre part du fait de la pertinence des données disponibles (Williams et al., 2003), notre étude s'est fixée, entre autres objectifs, de dégager des connaissances sur les attentes de la population en matière de santé et sur les comportements de recours aux soins dans le contexte de la région de Fatick, au Sénégal.

Pour atteindre les objectifs de réduction de l'impact du paludisme fixés par les autorités sanitaires¹⁶³, notamment grâce à la réduction du décalage entre les recommandations officielles et les pratiques thérapeutiques effectives (PNLP, 2001 ; PNLP, 2003), les résultats de l'étude indiquent deux directions.

D'une part, l'ensemble des analyses présentées constituent un plaidoyer pour l'adaptation des solutions sanitaires à l'échelon local, avec des stratégies de lutte construites autour des besoins, des intérêts, des attentes et des caractéristiques des populations rurales. Cependant, à côté de cette démarche culturellement sensible, il nous apparaît important, pour renforcer la visibilité du problème posé par le paludisme, pour maximiser la mise à disposition de moyens financiers et pour favoriser une utilisation « au meilleur coût » des fonds disponibles, d'asseoir la lutte contre le paludisme auprès d'un organisme international centralisant la multitude de réseaux, de programmes, d'instituts et d'ONG intervenant à titres divers dans la lutte contre ce fléau.

D'autre part, le système sanitaire doit impérativement pouvoir bénéficier de plusieurs évolutions simultanées. Selon leur approche ou leur discipline, de nombreuses études ont mis l'accent sur les multiples dimensions des problèmes posés par l'offre de soins biomédicale : le coût des soins, la qualité des protocoles, l'accessibilité des structures, l'adéquation des équipements, les modes d'approvisionnement en médicaments, la compétence du personnel ou la qualité des relations soignants/soignés. Dans un environnement marqué par une offre thérapeutique plurielle, la médecine biomédicale doit à la fois faire face à un secteur informel performant et à un système de soin traditionnel ancré dans un système économique faiblement monétarisé donnant lieu des formes de rétribution échappant à l'échange monétaire classique. Or, depuis les années 1970, avant même le début des programmes d'ajustement structurels, l'offre de soins biomédicale est enfermée dans un cercle vicieux de dégradation de la qualité des soins, de baisse de la fréquentation des structures sanitaires et de discrédit de son image de marque.

¹⁶³ Réduction de la mortalité attribuée au paludisme chez les moins de 5 ans d'au moins 30 % entre 2001 et 2005 et, à partir de 2005, au moins 60 % des cas de paludisme présomptifs recevant un traitement adéquat dans un délai de 24 heures suivant l'apparition des symptômes et 70 % des enfants correctement pris en charge.

Pour inverser la tendance, l'offre de soins biomédicale doit réaliser conjointement plusieurs mutations nécessaires : l'abaissement du coût direct des soins par l'institutionnalisation de systèmes collectifs de financement des dépenses de santé ; le renforcement de la proximité des soins, par le développement des cases de santé ; le gain en efficacité et en conformité aux attentes de la population des protocoles thérapeutiques ; l'implication de la communauté dans le fonctionnement des structures sanitaires et pour la valorisation des opérations de sensibilisation. L'indispensable évolution de chacune de ces dimensions est une condition *sine qua none* de la modification des pratiques thérapeutiques.

Certes, les recommandations sur la nécessité de prendre en compte les paramètres sociaux et comportementaux pour l'élaboration des programmes de soins ne sont pas nouvelles ; le constat de l'absolue priorité d'améliorer l'offre de soins biomédicale non plus. Cependant, en l'absence des moyens financiers permettant ces améliorations cruciales et faute d'une réelle intégration de la dimension socio-culturelle des comportements de recours aux soins aux stratégies de lutte contre le paludisme, les populations risquent de continuer à être présentées comme les principales responsables de pratiques thérapeutiques inadaptées – mais incontournables-, dont elles payent seules les conséquences dramatiques.

Chapitre 9 - Bibliographie

- Abosedo A.O. -1984- Self medication : an important aspect of primary health care. Soc sci med, vol.19, n°7, p.699-703.
- Adam P., Herzlich C. -1994- Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris : Nathan, 128p.
- Adjamagbo A., Antoine P. – 2002 - Le Sénégal face au défi démographique. IN : La société sénégalaise entre le local et le global/ Diop, M.C. (dir.). Paris : Karthala, p. 511-547.
- Adjamagbo A., Guillaume A., Koffi N. (eds.) -1999- Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains. Paris : IRD, 165 p.
- Adome O.R., Reynolds-Whyte S., Hardon A. – 1996- Popular pills. A community drug use in Uganda. Amsterdam : Het Spinhuis.
- Adome O.R., Reynolds-Whyte S., Ortenbald L., Ezati E., Nsabagasani X., Owor J., Turinde A.K. – 1998- The community epidemiology of drug use : A case of three districts in Uganda. Communication conference People and Medicines in East Africa, 16-20 Novembre, Mbale, Uganda.
- Adongo P., Hudelson P. – 1995- The management of malaria in young children in northern Ghana : A report of a rapid ethnographic study. Unpublished manuscript, Navrongo, Ghana.
- Ager A., Carr S., Maclachlan M., Kaneka-Chilongo B. -1996- Perceptions of tropical health risks in Mponda, Malawi : Attributions of cause, suggested means of risk reduction and preferred treatment. Psychology and Health, 12, p.23-31
- Agyepong I.A. – 1995- Improving malaria control in the context of health sector reform. Technical report prepared for the WHO/TDR
- Agyepong I.A., Manderson L. -1999- Mosquito avoidance and bed net use in the Greater Accra Region, Ghana. Journal of Biosocial Science, 31, p.79-92.
- Ahorlu C.K., Dunyo S., Afari E., Koram K., Nkrumah F. – 1997- Malaria-related beliefs and behavioural in southern Ghana : implications for treatment, prevention and control. Tropical Medicine & International Health, 2(5), p.488-499.

Aikins M.K., Pickering H. Alonso P. L., D'Alessandro U., Lindsay S.W., Todd J., Greenwood B.M. -1993- A malaria control trial using insecticide-treated bednets and targeted chemoprophylaxis in a rural area of Gambia 4. Perceptions of the causes of malaria and of its treatment and prevention in the study area. *Transactions of the royal Society Tropical Medicine and Hygiène* 87, p. 25-30.

Ajzen I. -1991- The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol.50, p.179-211.

Ajzen I. -2002- Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, vol.32, p.665-683.

Akoto E. M., Tabutin D. – 1989- Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort. IN: *Mortalité et société en Afrique* / Pison G. (dir.), Walle E. Vand de (dir.), Sala D., Mpenbele D. (dir.). Paris : PUF, p. 35-61 (Travaux et document INED, n°124).

Albrecht J. et Asif A. -1995- Father's perception of child health in a squatter settlement, Karachi. *Health Transition Review*, vol.5, n°2.

Alilio M., Kamugisha M., Msuya F., Massaga J., Salum F., Njunwa K. -1997- Availability and utilization of anti-malarial drugs at community level in same district northern eastern Tanzania. *Malaria and Infectious diseases in Africa*, 2(2).

Alilio M., Tembele R. -1994- Kilombero District Health Support : sociocultural assessment. Technical report prepared for the solidar Med/Swiss Development cooperation

Alilio M.S., Bygbjerg I.C., Breman J.G. -2004- Are multilateral malaria research and control programs the most successful? Lessons from the past 100 years in Africa. *Am J Trop Med Hyg.*, Vol. 71, n°2 (Suppl), p.268-278.

Alles H.K. et al. -1998- Malaria mortality rates in south Asia and in Africa : Implication for malaria control. *Parasitology Today*, vol. 14, n°9.

Amarasiri de Silva M.W., Wijekoon A., Hornik R., Marines J. -2001- Care seeking in Sri Lanka : one possible explanation for low childhood mortality. *Social Science & Medicine*, 53, p.1363-1372.

Amat T. -1986- Les structures médico-sanitaires de première ligne. IN: *La santé dans le tiers monde*, Prévenir, N°12, p.61-66

Andersen R. et Newman J. -1972- Societal and individual determinants of medical care utilization in United States. *Milbank Memorial fund quaterly*, p.95-124

Antoine P., Bocquier P. – 1991- Un compromis difficile : la saisie de la parenté dans les enquêtes démographiques. Conférence Femmes, famille et population, Ouagadougou.

Asenso-Okyere W.K., Dzator J.A. -1997- Household cost if seeking malaria care. A retrospective study of two district in Ghana. *Social science & Medicine*, Vol.45, n°5, p.659-667.

Assogba L.N.M. -1991- Statut de la femme : une variable explicative de la dynamique démographique. Genève : BIT, 73 p.

Assogba L.N.M., Campbell O.M., Hill A.G. -1991- Advantages and limitations of large-scale health interview surveys for the study of health and its determinants. IN: *The health transition : methods and measures*. Camberra : Australian National University, p. 269-288.

Atakouma D.Y.-1999- Etude épidémiologique du recours aux consultations hospitalières d'urgence chez les enfants de moins de 5 ans au Togo. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 47, p.2s75-2s91

Augé M. –1984- Ordre biologique, ordre social. La maladie, forme élémentaire de l'événement. IN: *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Augé M. (ed.) et Herzlich C. (ed.). Paris, Editions des archives contemporaines, p.35-91

Augé M. -1986- L'anthropologie de la maladie. *L'Homme*, Vol.26, n°1-2, p.81-90.

Babalola S., Vondrasek C., Brown J., Traoré R. – 2001 - The impact of a regional family planning service promotion initiative in sub-saharan africa : evidence from Cameroon. *International Family Planning Perspectives*, 27 (4), p. 186-193

Barbiéri M. -1991- Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers-monde. Paris : Ceped, 40 p. (Les dossiers du Ceped, n°18)

Barbiéri M. -1996- Les conséquences de la crise économique africaine sur l'évolution de la mortalité. IN: *Crise et population en Afrique. Crises économiques, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques* / Coussy J. (dir.), Vallin J. (dir.). Paris : Ceped, p. 319-344 (Les études du Ceped, n°13)

Basco L. -2004- *Sciences au Sud*, N°25, Mai-Juin 2004.

- Baudon D. -2000- Les paludismes en Afrique sub-saharienne. IN: La santé en Afrique : anciens et nouveaux défis. Afrique Contemporaine / Gruénais M.E. (ed.), Pourtier R. (ed.). La santé en Afrique : anciens et nouveaux défis, Vol.195, N° Spécial, p.36-45.
- Baume C. -1998- Care-seeking for fever in Bungoma district, Kenya : Implication for malaria programs. Technical report for the Basics Project / Usaid.
- Baume C. -2002- Comparing Care-seeking for childhood malaria : lessons from Zambia and Kenya. Arlington (US) : USAID / Basics2, 84 p.
- Baume C., Helitzer D., Kachur S.P. -2000- Patterns of care for childhood malaria in Zambia, Social Science & Medicine 51, p. 1491-1503.
- Baxerres C. -2002- L'influence de l'économie familiale sur le recours aux soins. Approche anthropo-économique en milieu rural sénégalais. Non publié.
- Becker et al. -1977- The health belief model and prediction of dietary compliance : a field experiment, Journal of health and social behaviour, pp.348-366
- Becker H.S. – 1985- Outsiders. Etude de sociologie de la déviance. Paris : Am Métailié (Collection Observation).
- Becker M.H. -1974- The Health Belief Model and sick role behaviour. Health Education Monographs, Vol.2, p.409-414.
- Becker S., Peters D.H., Gray R.H., Gultiano C., Black R.E. -1993- The determinants of maternal and child health services. Health transition Review, Vol.3, n°1
- Béjean S. -1997 - L'induction de la demande par l'offre en médecine ambulatoire: quelques évidences empiriques issues du contexte français. IN: Cahiers de sociologie et de démographie médicales, Juillet-décembre 1997, n°3-4.
- Belcher D.W. – 1976- A household morbidity survey in rural Africa. International Journal of Epidemiology, OxfordUniversity Press.
- Benasayag M. -1998- Le mythe de l'individu. Paris : La découverte, 179 p.
- Benoist J. (dir.) -1996- Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical. Paris : Khartala, 520 p. (Médecine du Monde).

Benyoussef A., Wessen A.F., Phan Tan T., Souissi H. -1974- Services de santé : couverture, facteurs et indices d'utilisation. Bulletin de l'OMS (CH), n° 51, p. 111-132.

Berche T. -1986- Les centres de santé de l'église catholique en Afrique noire francophone. La santé dans le tiers-monde. Prévenir, n°12, p.55-60.

Berthelot J.M. -1997- L'acteur en sciences humaines : entre théories et programmes. IN: Structure, système, champ et théorie du sujet / Andreani T. (ed.) et Rosen M. (ed.), L'Harmattan, Paris, p.311-323.

Bhatia M.R., Fox-Rushby J.A. -2002- Willingness to pay for treated mosquito nets in Surat, India : the design and descriptive analysis of a household survey, Health policy and planning, 17(4) 402-411.

Biaye M. -1994- Inégalités sexuelles en matière de santé, de morbidité et de mortalité dans l'enfance dans trois pays de l'Afrique de l'Ouest. Hypothèses, mesures et recherche d'explication des mécanismes. Louvain-la-Neuve (BE) : L'Harmattan ; Academia, 292 p.

Bicego G.T., Ties Boerma J.-1993- Maternal education and child survival : a comparative study of survey data from 17 countries. Social Science & medicine, vol. 36, n°9, p.1207-1227.

Biritwum R.B., Welbeck J. -2000- Incidence and management of malaria in two communities of different socioeconomic level, in Accra, Ghana. Annals of tropical Medicine & parasitology, 94(8), p.771-778.

Blanchet A., Trognon A. -1994- La psychologie des groupes. Paris : Nathan 128p.

Bloland P., Ettling M., Meek S.-2000- Traitements antipaludiques associés en Afrique : faut-il y croire ? Bulletin of World Health Organization, 78(12), p.1378-1388.

Bongaarts J., Cotts Watkins J.-1996- Social Interactions and Contemporary fertility transitions. Population and development review, 22(4), p.639-682.

Bonnet D. – 1988- Approches culturelles du paludisme et mesures de la morbidité et de la mortalité chez les jeunes enfants au Burkina-Faso. IN: Congrès africain de population. Liège : UIESP, p.1-39.

Bonnet D. -1991- Désordres psychiques, étiologies moose et changement social. Psychopathologie africaine, Dakar, vol. 22, n° 3, p. 293-324.

- Bonnet D. -1999- Les différents registres interprétatifs de la maladie de l'oiseau. IN: La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest/ Jaffré (Y.) et Olivier de Sardan (J.-P.) (éds.). PUF, Paris, p. 305-320.
- Bonnet D., Debouverie M., Duboz P., Vaugelade J. -1990- Approche anthropologique de la morbidité par paludisme. ORSTOM, Ouagadougou , 3 p.
- Bop C., Locoh T. -1999- Rapports de genre et de santé. In : Genre, Population et développement en Afrique de l'Ouest/ Locoh T. (ed.), N'Guessan K. (ed.). Abidjan : ENSEA ; FNUAP ? p. 87-104.
- Bourdieu P. – 1979- La distinction, critique sociale du jugement. Paris : Minit.
- Bourdieu P., Passeron J.C. -1970 - La reproduction, éléments pour une théorie du système d'enseignement. Paris : Minit.
- Breman J.G., Alilio M.S., Mills A. -2004- Conquering the intolerable burden of malaria: what's new, what's needed: a summary. Am J Trop Med Hyg, vol.71, n°2 (Suppl), p.1-15.
- Brillet P. -1995- Quelques libres propos sur les relations entre géographie de la santé et santé publique. Espace Populations Sociétés, n°1, p.43-47
- Brinkman U., Brinkmann A. -1991- Malaria and health in Africa : the present situation and epidemiological trends. Tropical Medicine and Parasitology, 42, p.204-213.
- Brown P.J. – 1997- Culture and the global resurgence of malaria. IN: The anthropology of infectious disease : international health perspectives/ Inhorm M.C., Brown P.J. (eds.). Amsterdam : Gordon et Breach Publishers, p.119-141.
- Bruce J. -1990- Fundamental elements of the quality : a simple framework. Studies in Family Planning (US), Vol.21, n°2, p. 61-91.
- Bruce J., Lloyd C. -1992- Finding the ties that bind: beyond headship and household. Population Council Working Paper, n°41, New York.
- Bruce-Chwatt L.J. – 1988- History of malaria from prehistory to eradication. In: Malaria, principles and practices of malariology, Vol.1/ Wensdorfer W.H., Mcgreggor I.(eds.). Edinburgh : Churchill Livingstone, p.1-59.

Brunet-Jailly J. -1996- La santé dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest après quinze ans d'ajustement. In: Crise et population en Afrique. Paris : Ceped, p.233-272 (Les études du Ceped, N°13).

Brunet-Jailly J. -1997- Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest. Paris : Karthala.

Brunet-Jailly J. -2002- Sciences au Sud, IRD, Hors série développement et environnement, 2002-12-18

Brunet-Jailly J.-1993- Sumaya dans la région de Sikasso : une entité en évolution. In: Se soigner au mali/ Roger M. (dir.). Paris : Khartala-Orstom, p.83-125.

Brunhes J. -1998- Les anophèles de la région afro-tropicale. Logiciel ORSTOM Ed..

Buck et al., 1994, Prognostische Faktoren der malaria tropica – ergebnisse einer evaluationsstudie in der Bundesrepublik Deutschland 1963-1988, Gesund, Wes, 56, p. 29-32.

Bulard M. -2000- Les firmes pharmaceutiques organisent l'apartheid sanitaire. Le monde diplomatique, Janvier 2000.

Caldwell J.C. (ed.), Findley S.E. (ed.), Caldwell P. (ed.), Santow G. (ed.), Cosford W. (ed.), Braid J. (ed.), Broers Freeman D. -1990- What we know about health transition : the cultural, social and behavioural determinants of health. Canberra : Australian National University, p. 500-933 (Health transition series (Au), Vol.2).

Caldwell J.C. -1993- Health transition : the cultural, social and behavioural determinants of health in the third world. Social science Medicine review, Vol.36, n°2, pp.125-135

Caldwell J.C. -1999- Peut-on modifier les comportements pour préserver la santé ?. RISS 161, Septembre 1999, p.371-377.

Caldwell J.C., Santow G. -1989- Selected readings in the cultural, social and behavioural determinants of health / Canberra : Australian National University, 294 p.

Cantrelle P. – 1969- Etude démographique dans la région du Sine-saloum (Sénégal). Etat civil et observation démographique 1963-1965. Paris : ORSTOM, 121 p.

Cantrelle P. et Locoh -1990- Facteurs sociaux et culturels de la santé en Afrique de l'Ouest. Paris : Ceped, p. 27 (Dossiers du CEPED).

Cantrelle P., Diagne M., Raybaud N., Vignac Buttin B.-1969- Mortalité de l'enfant dans la région de Khombole-Thiénaba (Sénégal). Cahiers ORSTOM, Vol.6, n°4, p.43-74.

Carnevale P. et Mouchet P. -1990- Lutte antivectorielle et lutte anti-paludique. Med. Trop., 50(4) p.391-398.

Castle S. -1993- Children's illness management in rural Mali. Health transition Review, vol.3, n°2.

Cazeneuve J. -1995- La personne et la société. PUF, Le sociologue, 163 p.

Charbit Y. -1999- Théorie de la modernisation et interdisciplinarité : vers une démographie compréhensive. In: Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie/ Tabutin D. (dir.). Louvain-la-neuve : L'Harmattan ; Chaire Quetelet, p.307-330.

Charbit Y., Mané B., Ndiaye S. -1994- Equipements communautaires, santé et planification familiale en milieu rural. In: La population du Sénégal, Charbit Y., Ndiaye S.(dir.). Paris : DPS – CERPAA, p. 295-318.

Chippaux J.P., Le Hesran J.Y., Cot M., Massougbodji A.- 2003- Limites et faiblesses du traitement intermittent dans la prévention du paludisme. Bulletin de la société de Pathologie Exotique, Vol.96, n°2, p.75-76.

Chippaux J.P., Le Hesran J.Y., Cot M., Massougbodji A.- 2003- Limites et faiblesses du traitement intermittent dans la prévention du paludisme. Bulletin de la société de Pathologie Exotique, Vol.96, N°2, p.75-76.

Cleland J., Bicego G., Fegan G. -1993- Economic recession in child survival : a response to Crook. Health Transition Review Vol.3, n°1.

Cleland J.G., Hill A.G. -1991- Studying the health Transition : an overview. In: The health transition : methods and measures. Camberra : Australian National University, p.1-12.

Cleland J.G., Van Ginneken J.K. -1989- Maternal education and child survival in developing countries : the search of pathways of influence. IN: Selected readings in the cultural, social and behavioural determinants of health / Caldwell J.C. (ed.), Santow G. (ed.). Camberra : Australian National University, p.79-100.

Collins F.H., Paskewitz S.M. -1995- Malaria : current and future prospects for control. Annual review of Entomology, 40, p.195-219.

Commeyras C., Ndo J.R. -2003- Etude de l'accessibilité et des médicaments de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun. Ministère de la santé.

Coppo P., Pisani L., Keita A. -1992- Perceived morbidity and health behaviour in a Dogon community. *Social science and Medicine*, vol.34, n°11, p.1227-1235.

Corbeil, R ; Mauny, R. et Charbonnier, J.

Cot M., Boussinesq M., Gazin P., Baudon D., Carnevale P. -1988- Acquisition de l'immunité en zone d'endémie palustre (savane soudano-sahélienne). *Annales de la société Belge de Médecine Tropicale*, Vol.68, N°1, p.25-35.

Courgeau D. -1997- De l'intérêt des analyses multi-niveaux pour l'explication en démographie. In : Courgeau D., Baccaïni (ed.), p.93-116.

Cronk L. -1991- Wealth, status and reproductive success among the Mhkgodo of Kenya. *American anthropologist*, 93, p.345-60.

Csete J. - 1993- Health-seeking behavior of Rwandan women. *Social Science Medicine*, Vol.37, n°11, p.1285-1292 (4).

Das Gupta M., Chen L.C., Krishnan T.N. (eds.) -1995- Women's health in India. Risk and Vulnerability. Delhi : Oxford University Press, 320 p.

David S. -1993- Health expenditure and household budgets in rural Liberia. *Health transition Review*, 3, p.57-76.

De Martin S.-1999- Community perceptions of the mass drug administration trial performed in the Gambia. London School of hygiene and tropical medicine

Delaunay V. (coord.) -1998- La situation démographique et épidémiologique dans la zone de Niakhar au Sénégal – 1984-1996. Dakar : Orstom, 132 p.

Delaunay V. -1995- Santé de la mère et de l'enfant à Niakhar : le point sur les résultats disponibles et envisageables. IRD

Delcroix S., Guillaume A. -1993- Statut des femmes et comportements de santé en Côte-d'Ivoire. In: *Women and demographic change in sub-saharan africa*, Vol.1, UIESP, Belgique.

Deming M.S., Gayibor A., Murphy K., Jones T.S., Karsa T. – 1989- Home treatment of febrile children with anti-malarial drugs in Togo. Bulletin of World Health organization, 67, p.695-700

Desai S., Alva S. -1998- Maternal education and child health : is there a strong causal relationship ?. Demography 35(1), p.71-81.

Desgrèes Du Lou A. -1996- L'évolution des causes de décès d'enfant en Afrique : une étude de cas au Sénégal avec la méthode d'autopsie verbale. Population, 4-5, p.845-882.

Diagne Ibnou — 1978 — Le Néolithique dans l'aire sénégalaise et dans les régions

Diakité B.D., Diarra T., Traoré S. -1993- Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni. In: Se soigner au mali / Brunet-Jailly J. (dir.). Paris : Khartala ; Orstom, 343 p.

Diallo A.B., De Serres G., Beavogui A.H., Lapointe C., Viens P. -2001- Home care of malaria-infected children of less than 5 years of age in a rural area of the republic of Guinea. Bulletin of the World Organization, 79(1).

Diallo J.-P., Senghor P., Le Hesran J.-Y. -2003- Observance des prescriptions par les patients : étude en zone rural au Sénégal. Communication à l'atelier intégratif. Anglet, Avril 2003.

Diarra T. -1993- Représentations et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Bankoni. In: Se soigner au mali / Brunet-Jailly J. (dir.). Paris : Khartala ; Orstom, 343 p.

Dieng A.-B., Migot-Nabias F., Faye B., Rouget F., Gaye O., Garcia A. – 2003- Surveillance clinique passive du paludisme dans une cohorte d'enfants vivant en zone d'endémie au Sénégal. Communication à l'atelier intégratif. Anglet, 2-4 Avril 2003.

Dinham B. -1993- The pesticide hazard : a global health and environmental audit. London : Zed Books.

Dione D.- 1999- Recours aux soins des enfants dans la zone de Niakhar : Analyse à partir des autopsies verbales. Dakar : Thèse de médecine, UCAD, 69 p.

Diouf A.B. -1970- Parenté et famille Wolof en milieu rural. Bulletin de l'I.F.A.N., Dakar, Tome 32, n°1.

- Diouf P. -2000- Problématique des itinéraires thérapeutiques : approche anthropologique des comportements de recours aux soins en milieu rural sénégalais. DEA de Sociologie, UCAD
- Djimde A et al.-1998- Use of antimalarial drugs in Mali : policy versus reality. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 59, p.376-379.
- Domarle O., Migot-Nabias F., Pilkington H., Elissa N., Touré F.S., Mayombo J., Cot M., Deloron P. -2002- Family analysis of malaria infection in Dienga, Gabon. American Journal of Tropical Medicine and Hygiène, 66(2), p.124-129.
- Dondi N., Danda S., Kangere T. -1998- Information education and communication assessment. Bungoma District. Technical report prepared for the Basics Projets/USAID.
- Dores, M. – 1981- La femme village. Maladies mentales et guérisseurs en Afrique Noire. Paris (FR) : L'Harmattan, 215 p.
- Douglass E.F. -1998- IEC support for malaria control in Eastern Province, Zambia. Trip report prepared for the USAID/Global Programms.
- Dozon J.P. – 1987 - Les familles africaines et leurs transformations. In: Séminaire EHESSS : Changement démographiques en Afrique et en Amérique latine. Paris : EHESS ; ORSTOM, p.157-166.
- Dozon J.P., Sindzingre A.N. – 1986 – Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle. In: La santé dans le tiers-monde, Prévenir, N°12, p.43-52
- Drulhe M. -199- Santé et société, Sociologie d'aujourd'hui. Paris : PUF.
- Dulhunty J.M., Yohannes K., Kourleoutoc C., Manuopangai V.T., Polyn M.K., Parks W.J., Bryan J.H. – 2000- Malaria Control in central Malaisa, Solomon Islands². Local perceptions of the disease and practices for its treatment and prevention. Acta Tropica, 75, p.185-196. (12)
- Dunn F.L. -1979- Behavioural aspects of the control of parasitic diseases. Bulletin of The World Health organization, 57, p. 499-512.
- Durkheim E. -1904- Les règles de la méthode sociologique. Paris : F. Alcan.
- Elster J. – 1989- The cement of society. Cambridge : Cambridge University Press.
- Epelboin A., Epelboin S. -1978- 25 malades et thérapeutes dans l'univers Peul bandé. Cahiers d'étude du milieu et d'aménagement du territoire, ENDA, n°78.

Espino F. et al. – 1997- Perceptions of malaria in a low endemic area in the Philippines : transmission and prevention of disease. *Acta tropica*, 63, p.221-239.

Espino F. et al. -2000- Treatment seeking for malaria in Morong, Bataan, The Philippines. *Social science and medicine*, 50, p.1309-1316.

Etkin N.L. -1991- The behavioural dimensions of malaria control – guidelines for culturally sensitive and microecological germane policies. In: *Malaria and development in Africa – a cross-sectoral approach*. Washington D.C.: AAAS ; USAID, p. 59-69.

Ettling M.B. et al. -1989- Evaluation of malaria clinics in Maesot. Thailand : use of serology to assess coverage. *Transactions of the royal society of Tropical Medicine and Hygiene*, p.83-325.

Fabrega H. -1977- Perceived illness and its treatment. A naturalistic study in social medicine. *British Journal of Preventive Medicine*, Vol.31, pp.213-219

Fainzang S. -1986- L'intérieur des choses, maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina. Paris : L'Harmattan, 204 p.

Fassin D. (coor.), Jaffré Y. (coor.) - 1990- Sociétés, développement et santé. Paris : Ellipses ; AUPELF, 287 p. (Universités francophones (FR)).

Fassin D. -1992- Pouvoir et maladie en Afrique. *Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris : PUF, 359 p.

Fassin D. -2001- La globalisation de la santé. In : *Systèmes et politique de santé/ HOURS B.(dir.), Médecines du monde*, Khartala, 356 p.

Fassin D., Fassin E. – 1989- La santé publique sans l'Etat ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal. *Revue Tiers monde*, Vol.30, N°120, p .881-892.

Fassin D., Jeanne E., Cebe D., Reveillon M. -1988- Who consults and where ? Sociocultural differentiation in access to health care in urban Africa. *International Journal of epidemiology*

Faye S.L.B. -2001- Modes de représentations du paludisme chez l'enfant et recours aux soins en milieu sereer : Niakhar, Fatick. Dakar : Mémoire de DEA, UCAD, IRD, 82 p.

Feyisetan B.J., Adeokun L.A. -1989- Les effets des soins et des thérapeutiques infantiles. In: Mortalité et société en Afrique / Pison G. (dir.), Walle E. Vand de (dir.), Sala D., Mpembele D. (dir.). Paris : PUF, p. 85-95 (Travaux et document INED, n°124).

Folasade I.B., Tomson G. -1996- Acute respiratory infections-mother's perceptions of etiology and treatment in south-western Nigeria. *Social Science Medical*, Vol.42, n°3, p.437-445 (3).

Foster G.M. – 1983- Introduction à l'ethnomédecine. Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé. Genève : OMS, p.17-24.

Fournier P. et Haddad S. (1995) Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement. In : *Sociologie des populations/ Gérard H. et Piché V.* Montréal, PUM/AUPELF-UREF, p.289-325.

Frankenberg E. -1995- The effects of access to health care on infant mortality in Indonesia. *Health Transition Review*, Vol.5, pp.143-163.

Freidson E. -1984- La profession médicale. Paris : Payot, 369 p.

Fungladda W. -1991- Health behaviour and illness behaviour of malaria : a review. In: Sornami S., Fungladda W. (eds.). *Social and economic aspects of malaria control*, 89. Bangkok, Thailand, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University.

Gage A.J., Sommerfelt A.E., Piani A.L. -1996- Household structure, socioeconomic level and child health in sub-saharan Africa. *Demographic and health surveys analytical reports n°1*, Calverton, MD, Macro International, Inc.

Gage A.J., Sommerfelt A.E., Piani L. -1997- Household structure and childhood immunization in Niger and Nigeria. *Demography*, Vol. 34, n°2, p.295-309.

Gallup J.L., Sachs J. -2001- The economic burden of malaria. Center for international Development, Harvard University, Working Papers, n°52, 23 p.

Garenne M., Cantrelle P. -1984- Eléments pour une analyse des facteurs de la mortalité infanto-juvénile. *Cahiers ORSTOM, Série Sciences humaines*, Vol.20, n°2, p.305-310.

Garenne M., Guilmoto C.Z., Guillaumont P., Scott C., Cleland J., Gendreau F., Cantrelle P. - 1995 - L'observation, domaine d'innovation. IN: *Populations du sud et santé : parcours et horizons*. Orstom éditions, Paris, p. 57-130.

Garenne M., Van de Walle F. -1989- Knowledge, attitudes and practices related to child health and mortality in Sine-Saloum, Senegal. In: Selected readings in the cultural, social and behavioural determinants of health / Caldwell, John C. (ed.) ; Santow, Gigi (ed.). Canberra (AU) : Australian National University, p. 164-174.

Garenne M., Vimard P.-1984- Un cadre pour l'analyse des facteurs de la mortalité des enfants. Cahiers ORSTOM- Série Sciences humaines, Vol.20, n°2, p. 305-310.

Gastellu, J.M., Delpech B., Diouf M.; Diouf Y.-1974- Maintenance sociale et changement économique au Sénégal. Pratique du travail et rééquilibres sociaux en milieu Serer. Paris : Orstom, 148 p.

Geissler P.W., Nokes K., Prince R.J., Achieng R.O., Aagaard-Hansen J., Ouma J.H. -2000- Children and medicines : self-treatment of common illnesses among Luo schoolchildren in western Kenya. Social science & medicine, 50, p.1771-1783.

Gessain M. -1979- Environnement africain: les usages des « guis » chez les Bassari. Cahiers d'étude du milieu et d'aménagement du territoire, Enda, n°36-79.

Ghebreyesus T.A. et al., Community participation in malaria control in Tigray region Ethiopia. Acta Tropica, 61(2), p.145-156, 1996

Gilson L., Alilio M., Heggenhougen K.-1994- Community satisfaction with primary health care services : an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. Social science & Medicine, 39(6), p.767-780.

Glik D.C. et al. -1989- Malaria treatment practices among mothers in Guinea. Journal of health and social behaviour, 30, p.421-435

Godin G. -1988- Fondements psychosociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé. Santé et Société, n°2, pp.5-20

Goldberg M. -1982- Cet obscur objet de l'épidémiologie, Sciences sociales et santé. Paris : Eres, n°1, Décembre 1982, p.7-165.

Goldman N., Heuveline P. -2000- Health-seeking behaviour for child illness in Guatemala. Tropical and International Health, vol.5, n°2, p.153

Good B. -1994- Medicine, rationality and experience : an anthropological perspective. Cambridge : Cambridge University Press.

Gramiccia G. -1981- Health education in malaria control- why has it failed? World Health Forum, 2, p. 385-939.

Gravrand H. -1983- Cossan. La Civilisation sereer. Les Origines. Dakar/Paris : Nouvelles Editions Africaines.

Grawitz M. -1986- Méthodes des sciences sociales. Paris : Dalloz, 7^{ème} édition, 1104 p.

Grazilla C.-1999- Population et société. In : Démographie : analyse et synthèse. Paris : INED.

Greenwood B.M. -1990- Populations at risk. Parasitology today , 6, 188.

Greenwood B.M., Bradley A.K., Greenwood A.M., Byas P., Jammeh K., Marsh K., Tulloch S., Oldfield F.S.J., Hayes R. -1987- Mortality and morbidity from malaria among children in a rural area of the Gambia, West Africa. Transactions of the royal society of medicine and hygiene, 81, p.478-486.

Gruénais M.E. (ed.) ; Dozon J.P. (ed.) -1992- Anthropologies et santé publique. Cahiers des sciences humaines, Vol. 28, n°1, 155 p.

Gruénais M.E. (ed.), Pourtier R. (ed.) – 2000- La santé en Afrique : anciens et nouveaux défis. Afrique Contemporaine, Vol.195, n° Spécial, 282 p.

Guillaume A. -1991- Rôle des femmes dans les soins portés aux enfants en milieu rural ivoirien. Communication à la conférence Femme, famille, population. Ouagadougou, Burkina Faso, Avril 1991.

Guillaume A., Rey S. -1988- L'intérêt de l'approche anthropologique pour l'étude des comportements en matière de santé. Communication au Congrès africain de la population, Dakar, Novembre 1988.

Guillaume A., Kassi N, Koffi N. (1997) Morbidité, comportements thérapeutiques et mortalité à Sassandra. In : Croissance démographique, développement agricole et environnement à Sassandra, ORSTOM, GIMIS-CI, Abidjan, pp.287-310.

Hamel M.J., Odhaacha AM, Roberts L.M., Deming M.S. – 2002- Lutte antipaludique dans le district de Bungoma (Kenya) : enquête sur le traitement à domicile des enfants fiévreux, l'utilisation des moustiquaires et les visites aux dispensaires de soins prénatals. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. Recueil d'articles, n°6, p.84-93.

Hausmann-Muela S., Muela R.J., Tanner M. -1998- Fake malaria and hidden parasites-the ambiguity of malaria. *Anthropology & Medicine*, 5(1), p.43-61.

Heggenhougen H.K., Hacketal V., Vivek P. -2003- The behavioural and social aspects of malaria and its controls : an introduction and annotated bibliography. Geneva : UNCP/World Bank/WHO special programme for research and training in Tropical diseases (TDR), VOL/03.

Heidenreich F. -2000- Recherches ethnomédicales en pays Sereer (Sénégal). *L'autre*, Vol.I, n°3, pp.547-552.

Heinderich F. -2000- De la méthode au terrain, recherches ethnomédicales en pays Sereer (Sénégal). *L'autre*, Vol.3. p.552.

Herzlich C. -1969- Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale. Paris-La haye : Mouton, 210 p.

Hielscher S., Sommerfeld J. – 1985- Concepts of illness and the utilization of health care services in a rural malian village. *Social Science and medicine*, 21(4), p.469-481.

Hobcraft -1993- Women's education, child welfare and child survival. *Health Transition Review* Vol.3, n°2.

Igun U.A. -1987- Why we seek treatment here : retail pharmacy and clinical practice in Maiduguri, Nigeria. *Social Science & Medicine*, 24, p.689-695.

Inhorn M.C., Brown P.J. -1997- The anthropology of infectious disease : International health Perspectives. Amsterdam : Gordon and Breach Science Publishers.

Jackson L.C. -1985- Malaria in liberian children and mothers : biocultural perceptions of illness vs clinical evidence of disease. *Social science and medicine*, n°12, p.1281-1287.

Jaffré Y. (dir.), Olivier de Sardan J.-P. (dir.) -2003 - Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et osignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris : Khartala, 462 p.

Jaffré Y. -1991- Anthropologie et éducation pour la santé

Jaffré Y. -2001- Une configuration particulière : le dispositif affectif des personnels de santé en Afrique de l'Ouest. *Réseau Anthropologie de la santé en Afrique (FR)*, p.217-234.

Jaffré Y., Olivier de Sardan J.-P. (dir) -2001- Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Enquête sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest. Projet « santé Urbaine » : Unicef, Coopération française, 290 p.

Jaffré Y., Olivier de Sardan J.P. (dir.) -1999- La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Paris : PUF, 374 p.

Jaffré, Yannick ; Dicko, Fatoumata -2000- La conjugaison des difficultés : école et santé à Bamako (Mali). Afrique Contemporaine (FR), n° 195, n° special, p. 259-267.

Janis I.L. -1972- Victims of groupthink. Boston : Houghton-Mifflin.

Janzen J.M., Arkininstall W. -1978- The Quest for Therapy in Lower Zaire. Berkeley : University of California Press.

Jeanne E., Salem G. – 1986- Soins de santé primaires : l'expérience de Pikine au Sénégal. In : La santé dans le tiers-monde. Prévenir, n°12, p.81.

Jenkins C. -1998- Review of four ethnographic studies on the home management of malaria in Kenya, Ghana, Ethiopia and Malawi. Technical Report prepared for the WHO/TDR.

Joshi A. -1994- Maternal schooling and child health : preliminary analysis of the intervening mechanisms in rural Nepal. Health Transtion Review Vol.4, n°1.

Juillet A. – 2002- Pauvreté et accès au soin à Bamako. In :Santé de la reproduction en Afrique / Guillaume, Agnès (ed.) ; Desgrées du Loû, Annabel (ed.) ; Zanou, Benjamin (ed.) 2002.- p. 121-151

Kalis S. -1992- Manière de dire, manières de faire dans la médecine traditionnelle des sereer siin du Sénégal. Thèse de doctorat en ethnologie, Université de Strasbourg.

Kalis S. -1997- Médecine traditionnelle, religion et divination chez les sereer. Paris : L'harmattan.

Kamdem H. -1997- Le milieu d'habitat comme facteur de morbidité infanto-juvénile en Afrique au sud du Sahara : le cas du Cameroun. In: Régulations démographiques et environnement / Auclair L. (dir.), Gubry P. (dir.), Picouët M. (dir.), Sandron F. (dir.). Paris : Ceped, p. 121-130.

Kengeya-Kayondo J., Seeley J., Kajura-Banjeja E., Kabunga E., Mubiru E., Sembajja F., Mulder D. –1994- Recognition, treatment seeking behavior and perception of cause of malaria among rural women in Uganda. *Acta Tropica*, 58, p.267-273.

Khan S.E., Anker R., Ghosh Dastidar S.K., Bairathi S. -1989- Inequalities between men and women in nutrition and family welfare services :an in-depth enquiry in an Indian village. In: Selected readings in the cultural, social and behavioural determinants of health / Caldwell J.C. (ed.), Santow G. (ed.). Canberra : Australian National University, p. 175-199

Khayundi F. -2000- Local people's response to malaria in pregnancy in Bar Chando Sub location, Siaya District, Kenya. Unpublished Masters Thesis, University of Nairobi.

Kilian A.H.D., Tindyebwa D., Gülck T., Byamukama W., Rubaale T., Kabagambe G., Korte R. -2001- Attitude of women in western Uganda towards pre-packed, unit-dosed malaria treatment for children. Ministry of health of Uganda, GTZ.

Kleinman -1980- Patients and healers in the context of culture. Berkeley : University of California Press.

Kleinmann cite par Coppo P., Pisani L., Keita A. -1992- Perceived morbidity and health behaviour in a Dogon community. *Social science and Medicine*, vol.34, n°11, p.1227-1235.

Kloos H., Etea A., Degefa A. et al. -1987- Illness and Health behavior in Addis Abeba nad rural Central Ethiopia. *Social Science and Medicine*, Vol.25 , n°9, p.1003-1019.

Konate L. –1991- Epidémiologie du paludisme dans un village de savane soudanienne : Dielmo, Sénégal. Thèse de troisième cycle, UCAD, ORSTOM, 105 p.

Konradsen F., Amerasinghe P.H., Perera D. W., Van der Hoek, F.P., Amerasinghe D. – 2000- A village treatment center for malaria : community response in Sri Lanka. *Social Science & medicine*, 50, p.879-889.

Kram K.A. et al. -1995- Socio-economic determinants are not major risk factors for severe malaria in Gambian children. *Transactions of the royal society of tropical medicine and hygiene*, 89, p.151-154.

Krause G., Benzler J., Heinmuller R., Borchert M., Koob E., Ouattara K., Diesfeld J. -1998- Performance of village pharmacies and patient compliances after implementation of an

essential drug programme in rural Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 132(2), p.159-166.

Kritz M.M., Makinwa-Adebusoye P. -1993- Women's Resource Control and demand for children in Africa. In: *Women and demographic change in sub-saharan africa*, v.I, UIESP, Belgique.

Kroeger A. -1983a- Anthropological and socio-medical health care research in developing countries. *Social science and medicine*, Vol.17, n°3, p.147-161.

Kroeger A. -1983b- Health interview surveys in developing countries : a review of methods and results. *International Journal of Epidemiology*, vol.12, n°4, p. 465-481.

Kroeger A., Zurita A., Perez-Samaniego C. et Berg H., Illness perception and use of health services in North-East Argentina, in *Health policy plann.* Vol.3, pp.141-151

Lamb W.H., Lamb C., Foord F., Whitehead R. -1984- Changes in maternal and child mortality in three isolated Gambian villages over ten years. *The Lancet*, October 20, p.911-914.

Laplantine F. -1986- *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot, 414p.

Lazega E. -1998- *Réseaux sociaux et structures relationnelles*. Paris : PUF (Que sais-je ?), 128p.

Le Goff G., Ramiaromanana M., Hanitrasoamampionona V., Rakotomalala C. J. – 2000- Rapport préliminaire sur l'étude sur l'acceptabilité des moustiquaires imprégnées d'insecticide district sanitaire de Miandrivazo. Antananarivo : IRD, 10 p.

Lefèbvre-Zante E. – 1989- Chimiorésistances et lutte antipaludique en zone urbaine d'Afrique soudano-sahélienne : reconnaître le paludisme ?. *Mémoire de DEA*, Université de Montpellier 1, 37 p.

Lehesran J.Y., Delaunay V. -2002- Therapeutics patterns among children suffering from fever. Harvard Center for Population and Development Studies, Working Paper Series, Vol.12, n°8, 23p.

Lesthaeghe R., Vanderhoeft C. -1998- Ready, willing and able, A conceptualization of transitions to new behavioural forms. Washington DC : National Academy of Sciences meeting, January 2-30.

- Lindblade K., O'Neill D., Mathanga D., Katungu J., Wilson M. -2000- Treatment for clinical malaria is sought promptly during an epidemic in a highland region of Uganda. *Tropical Medicine and International Health*, 5(12), p.865-875.
- Lloyd, Blanc -1996- Children's schooling in sub-Saharan africa : the role of fathers, mothers and others. *Population and development review*, vol.22, n°2, p.265-91.
- Locoh T., Koffi N., Rakotomalala M.-1999- Genre, population et développement en Afrique de l'Ouest. Abidjan : ENSEA ; FNUAP, 169 p.
- Lovell N.I. – 1995- Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Evhé du Sud-est Togo. Paris : Ceped, 20 p. (Les dossiers du Ceped, N°33)
- Lubanga R., Norman S., Ewbank D., Karamagi C. -1997- Material diagnosis and treatment of children's fever in an endemic malaria zone of Uganda : Implications for the malaria control programme. *Acta tropica*, vol.68, n°1, p.53-64.
- M'Backé C., LeGrand T. -1991- Différences de mortalité selon le sexe et utilisation des services de santé au Mali. Bamako : Cerpod, 23 p. (Working paper, n°8).
- MacCormack C.P.-1984- Human ecology and behaviour in malaria control in Tropical Africa. *Bulletin of World health organization*, vol.62 suppl, p.81-87.
- Macheso A., Nyasulu Y., Ziba C., Nwanyanwu O., Steketee R., Ettlign M., Schultz L., Chitsulo L. -1994- Malaria knowledge, attitudes and practices in Malawi : Policy implications for the national Malaria Control Programs. *Tropical Medicine and Parasitology*, vol.45, p.80-81.
- Maclean U. -1974- *Magical medicine: a nigerian study*. Londres : Penguin.
- 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, p.305-313
- MARA/ARMA -2002- *Mapping Malaria Risk in Africa*, July 2002.
- Marie A. -1997- Du sujet communautaire au sujet individuel. In : *L'Afrique des individus/ Marie A. (Ed.), Khartala*, p. 53-110.

Marra et al. (1996) Caractéristiques de la population. In : Bilan Epidémiologique de la zone de Niakhar, ORSTOM, p.23-32.

Massé R. -2001- La santé publique comme projet politique et projet individuel. In : Systèmes et politique de santé/ Hours B. (dir.). Paris : Khartala, Médecines du monde, 356 p.

Massele A., Nsimba S.E., Warsame M., Tomson G. -1998- A survey of sources, availability and use of antimalarial drugs in households and drug stores in Kibaha, Tanzania. Communication à la Conférence Population et médicaments en Afrique de l'Est, 16-20 Novembre 1998, Mbale, Uganda.

Mata L. -1982- Sociocultural factors in the control and prevention of parasitic diseases. Review of Infectious Diseases, vol.4, p.871-879.

Mauss M. -1969- Cohésion sociale et division de la sociologie. Oeuvre 3. Paris: Les Éditions de Minuit, 1969, 734 p.

Maynard-Tucker G. -2000- Pharmaceuticals and children's home-medication in Africa : challenges to health services. Non publié.

McCombie S.C. -1996- Treatment seeking for malaria : a review of recent research. Social science & medicine, 43, p.933-945.

Menon A. et al. -1988- Maternal administration of chloroquine : an unexplored aspect of malaria control. Journal of Tropical Medicine and Hygiène, 91, p.49-54.

Mnyika K.S., Killewo J.Z., Kabalimu T.K -1995- Self-medication with anti-malarial drugs in Dar es Salaam, Tanzania. Tropical and Geographical Medicine, 47, p.32-40.

Molyneux C.S., Mung'ala-Odera V., Harpham T., Snow R.W. -2000- Migration and circulation among low-income rural and urban mothers on the Kenyan coast : implications for health policy. Unpublished manuscript.

Molyneux C.S., Murira G., Masha J., Snow R.W. -2002- Intra-household relations and treatment decision-making for childhood illness : a Kenyan case study. Journal biosoc sic, 34, p.109-131.

Moree M, Ewart S. -2004- Policy challenges in malaria vaccine introduction. Am J Trop Med Hyg. 2004 Aug;71(2 Suppl):248-52.

Mortality and morbidity from malaria among children in a rural area of the Gambia, West Africa, Transactions of the royal society of tropical medicine and hygiene, 1987, 81, p.478-486.

Mosley H.W., Chen L.C. -1984a- Framework for the study of child survival. Population and development review, Supplément au Vol.10, p.25-45.

Mosley W.H. (ed.), Chen L.C. (ed.) -1984b- Child survival : strategies for research. Population and Development review, Supplément au Vol.10, 402 p.

Mouchet J. – 1999- Vecteurs et facteurs d'environnement du paludisme. *Tranfus Clin Biol*, vol.6, p.35-43.

Mouvagha-Sow M. -2003- L'implication des pères dans l'éducation des enfants au Gabon. Thèse de Doctorat non publiée, Université Paris X.

Mulemi B.A. -1998- The Bamako initiative and its relevance to malaria control in Bar Chando Sub-location, Bondo Division, Siaya District, Kenya. Thèse non publiée, Université de Nairobi, Nairobi.

Munguti K. -1997- Indigenous knowledge in the management of malaria and visceral leishmaniasis among the Tugen of Kenya. *Indigenous Knowledge Monitor*, 5(1), p.10-12.

Munguti K. -1998- Community perceptions and treatment seeking for malaria in Baringo District, Kenya : Implications for disease control. *East African Medical Journal*, 75(12), p.687-691.

Murray C.J.L., Lopez A.D.-1997- Mortality by cause for eight regions of the world : Global burden of disease study. *Lancet*, 349, p.1269-1276.

Mwabu G.M., Ainsworth M., Nyamete A. -1993- Quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya. An empirical analysis. *Journal of Human Resources*, The University of Wincousin Press, Vol.28, n°4, p. 838-862

Mwenesi H. -1994- Mother's definition and treatment of childhood malaria on the Kenyan Coast. Geneva, World Health organization, 13, i-48 (TRD Social and Economic Research Project Reports).

Mwenesi H., Harpham T., Snow R.W. -1995- Child Malaria Treatment practices among mothers in Kenya. *Social Science and Medicine*, Vol. 40, n°9, p.1271-1277.

Mwenesi H.A. -1993- Mothers definition and treatment of childhood malaria on the kenyan coast. Social and Economic Project Reports, n°13, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, WHO, Geneva.

Nations unies -1986- Commission économique pour l'Afrique. Conférence pour les planificateurs, statisticiens et démographe: rapport final. Addis Abeba : Nations Unies.

Nations Unies -1986- World Population prospects, Estimates and Projections. New York, Nations Unies, 330 p.

Nations Unies -2002- Rapport mondial sur le développement humain 2002.

Ndiaye J.L. -2000- Expression et facteurs de risque du paludisme chez la femme enceinte, en zone rural au Sénégal. DEA de santé publique et pays en voie de développement, Université Cheikh Anta Diop, Dakar.

Ndiaye J.L., Ndao C.T., Pussard E., Verdier F., Daff B., Gaye O., Le Hesran J.Y. – 2000- La quinine administrée par voie intra-rectale :une alternative intéressante aux injections intramusculaires dans le traitement des accès palustres simples chez l'enfant en centre de santé périphérique au Sénégal. Bulletin Epidémiologique, Service national des grandes endémies, n°10, p. 1-6.

Ndiaye O., Le Hesran J.-Y., Etard J.-F., Diallo A., Simondon F., Neil Ward M., Robert V. - 2001- Variations climatiques et mortalité attribuée au paludisme dans la zone de Niakhar, Sénégal, de 1984 à 1986. Cahiers Santé, Vol.11, p.25-33.

Njeto T, F. Mandez, G. Carrasquilla D. -1999- Knowledge, beliefs and practices relevant for malaria control in an endemic urban area of the Colombian Pacific. Social Science & medicine 49, p.601-609.

Noumbissi A., Zuberi T. – 2002- Les enfants orphelins en Afrique du Sud entre la rue et les ménages “élargis”. Communication au Colloque international de Dakar, AIDELF.

Nuwaha F. -2001- The challenge of chloroquine-resistant malaria in sub-saharan Africa. Health policy and planning, 16(1), Oxford University press, p.1-12.

Nwanyanwu O.C. et al. -1996- Validity of mother's history regarding antimarial drug use in Malawian children under five years old. Transactions of the royal society of tropical medicine and hygiene, 90, 67.

Nyamongo I. -2002- Health care switching behavior of malaria patients in a Kenyan rural community. *Social science & medicine*, vol.54, p.377-386.

Oaks S.C. et al. -1991- Social and behavioural aspects of malaria. In: *Malaria Obstacles and Opportunities/Oaks SC (eds.)*. Washington D.C. : National Academy Press, p.257-277.

Oberlander L., Elverdan B. -2000- Malaria in the United Republic of Tanzania : Cultural considerations and health-seeking behavior. *Bulletin of World Health Organization*, Vol.78, n°11, p.1352-1357.

Ojanuga D.N., Lefcowitz M. J. -1982- Typology of health care consumers in Nigeria. *Social Science & Medicine*, Vol.16, p.1649-1652.

Olivier de Sardan J.P. -1997- Crise et santé. Marseille (FR) : ORSTOM ; CEDERS, 6 p.

Olivier de Sardan J.-P.-2003- Culture bureaucratique commune et culture professionnelle. In : *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et osignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest/ Jaffré Y. (dir.), Olivier de Sardan J.-P. (dir.)*. Paris : Khartala, p.265-294.

OMS -1998a- African Initiative for Malaria Control in the 21th Century, WHO, Mai 1998, 18p.

OMS -1998b- Roll Back Malaria Project : Resources Support Network for Prevention and Control of Malaria Epidemics, CDS/RBM/RSN/EPI/98.

OMS -1999- L'avenir de l'OMS après une année de changement, Rapport sur la santé dans le monde. Genève : OMS, Mars 1999.

Oni J.B. -1996- Children illness in polygynous Yoruba families : the use of local expressions. *Health transition Review* 6, p.57-69.

Opong C. -1993- Some roles of women: what do we know. In: *Women and demographic change in sub-saharan africa*, v.I, UIESP, Belgique, p.9.

Ortega L., Blinka F. -1994- Clinical parameters associated with the diagnosis of malaria in primary health care settings. Technical report prepared for the UNDP/World Bank/WHO/TDR.

- Ottong J.G. -1993- The status of women and maternal health in rural Nigeria. In: Women and demographic change in subsaharan africa, IUSEP.
- Ouédraogo C. -1999- Pluralité des soins aux petits enfants. Le cas des Moose dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso). In : Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains/ Adjamagbo A., Guillaume A., Koffi N. (eds.). Paris : IRD, p.37-60
- Ouédraogo, C. -1994 - Education de la mère et soins aux enfants à Ouagadougou. Paris : Ceped, Vol.37, 37 p. (Les Dossiers du CEPED (FR)).
- Packard R.M., Brown P.J. -1997- Rethinking health, development, and malaria : historicising a cultural model in international health. *Medical Anthropology*, Vol.17, p.181-194.
- Palloni A. -1993- Theories and Models of diffusion in Sociology. University of Wisconsin-Madison, CDE, Working Paper n°98-11.
- Parsons T. -1949- The structure of the social action. Glencoe : The free Press, p.376-390.
- Pécoul B., Chirac P., Trouille P., Pinel J. -1997- Access to essential drugs in poor countries : a lost battle ?. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, vol.281.
- Pelissier P.-1953- Les paysans Sérères. Essai sur la formation d'un terroir du Sénégal. Saint-Louis (SN) : IHED, 27p.
- Pescolido B.A. -1992- Beyond rational choice : the social dynamics of how people seek help. *American Journal of sociology*, Vol. 97, n°4, p.1096-1138.
- Petit, Véronique – 2002- Migrations internationales et développement. In : Le monde en développement. Démographie et enjeux socio-économiques / Charbit, Yves (dir.) Paris (FR) : La Documentation Française, p. 193-220.
- Phelps C.E. -1995- Les fondements de l'économie de la santé. Publi-union Editions, p. 42-87
- Philipps J et al. -1996- Clinical diagnosis of malaria : can the patients help us improve, *Transactions of the royal society of tropical medicine and hygiene*, Vol.90, p.42.
- Pison G. – 1995- Le rôle de la vaccination dans la mortalité au Sénégal. *Population*, Vol.3, p.561-620.

PNLP – 2001- Les objectifs de la lutte contre le paludisme au Sénégal. Rapport de 2001. Ministère de la Santé, direction de la Santé, division des Maladies Transmissibles, Programme National de Lutte Contre le Paludisme.

PNLP -2003- Nouvelles Directives Nationales pour la Lutte AntiPaludique. Rapport final. Ministère de la Santé, direction de la Santé, division des Maladies Transmissibles, Programme National de Lutte Contre le Paludisme.

PNUD -2002- Rapport sur le développement humain.

Pontié et Lericollais -1995- Relations à distance des migrants sereer. In :La ville à guichets fermés ? Itinéraires, réseaux et insertion urbaine / Antoine, P. (dir.) ; Diop A. B. (dir.). Dakar (SN) : IFAN; ORSTOM, p. 303-322.

Preston S.H. -1989- Resources, knowledge and child mortality : a comparison of the US in the late nineteenth century and developing countries today. In: Selected readings in the cultural, social and behavioural determinants of health / Caldwell J.C.(ed.), Santow G. (ed.). Camberra : Australian National University, p.66-78

Quesnel A., Vimard P. – 1988- Dynamique de population en économie de plantation. Le plateau de Dayes au Sud-Ouest du Togo. Paris : Orstom, 460 p.

Raghunath D. – 2004- Malaria vaccine: are we anywhere close? J Postgrad Med. 2004 Jan-Mar;50(1):51-4.

Rashed S et al. – 1999- Determinants of permethrin impregnated bednets in the republic of Benin: the role of women in the acquisition and utilisation of PIBs. Social Science & medicine, 49(8), p.993-1005.

Rey J.F. -1986- Solidarité et mutualité. In : La santé dans le tiers-monde. Prévenir, n°12, p.113-116.

Reynolds-Whyte S., Birungi H. -2000- The business of medicines and the politics of knowledge. In : Global Health Policy, Local realities/Whiteford L.M., Manderson L. (eds.)/ Boulder : Lynnie Rienner.

Robert V., Dieng H., Locouarn 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, n°8, p. 667-677.

- Rocher G. -1992- Introduction à la sociologie générale. Québec : HMC.
- Roger-Petitjean M. -1999- Accès aux soins des enfants confiés en milieu urbain. Le cas de Bobo Dioulasso. In : Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains/ Adjamagbo A., Guillaume A., Koffi N. (eds.). Paris : IRD, p.17-36.
- Rogier C., Imbert P., Tall A., Sokhna C., Spiegel A., Trape J.F.- 2003- Epidemiological and clinical aspects of blackwater fever among African children suffering malaria attacks. Transactions of the royal Society of Tropical medicine and hygiene, 97, p.193-197.
- Roll Back Malaria (RBM) -2002- What is malaria ? WHO/CDS.
- Ronsmans C. -1995- Patterns of clustering of child mortality in a rural area of Senegal. Population St, 49, p.443-461.
- Rosalinf G.N., Norman S., Ewbank 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, p.53-64
- Rosenstock I. -1974- The Health belief model and preventive health behaviour. Health Education Monographs, Vol.2, n°4.
- 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, 73, p.239-36.
- Ruebush T.K., Weller S.C., Klein R. - - Knowledge and beliefs about malaria on the Pacific costal plain of Guatemala. American Journal of tropical Medicine and hygiene, 46, p.451-459.
- Russel P.K., Howson C.P. (eds.) -1996- Institute of Medicine, Vaccines against malaria : hope in a gathering storm. Washington, D.C. : National Academy Press.
- Ryan G.W. -1998- What do sequential behavioral patterns suggest about the medical decision-making process ? Modeling home case management of acute illness in a rural Cameroonian village., Social Science & Medicine, Vol. 46, n°2, p.209-225.
- Sachs J., Malaney P. – 2002- The economic and social burden of Malaria. Nature, Vol.415, p.680-684.

Salem G., Ceunink D., Murebwayiré S., Simier M. – 1994- Mères et enfants se soignent-ils de la même manière à Pikine ? . IN: La population du Sénégal / Charbit Y. (dir.), Ndiaye S. (dir). Paris : DPS, CERPAA, 618p.

Sauerborn R., Nougara A., Diesfeld H.J. -1989- Low Utilization of Community Health Workers : Results from a Household Interview Survey in Burkina Faso. *Social Science and Medicine Review*, Vol.29,n°.10, p.1163-1174.

Schultz L., Steketee R., Chitsulo L., Macheso A., Nyasulu Y., Ettlign M. -1994- Malaria and childbearing women in Malawi : Knowledge, attitudes and practices. *Tropical Medicine and Parasitology*, 45, p.65-69.

Sow B., Ndiaye S., Gaye A. (red.) -2000- Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé (ESIS) 1999. Dakar : Ministère de la Santé. Direction des études, de la recherche et de la formation ; Groupe SERDHA. Mesure DHS, Macro International.

Sfez L. -1992- Critique de la décision. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.

Sharma V.P., Mehrotra K.N. -1986- Malaria resurgence in India : a critical study. *Social Science & Medicine*, 22(8), p.835-845.

Siegrist J. -1988- Models of health behaviour. *European Heart Journal*, Vol.9, p.709-714.

Simmons J. -1990- Cultural dimensions of the mother's contribution to child survival, in *Selected readings*, ed. by Caldwell J.C.

Slutsker L. et al. -1994- Treatment of malaria fever episodes among children in Malawi : results of a KAP survey. *Tropical Medicine and Parasitology*, 45, p.61-64.

Smith T., Schellenberg J.A., Hayes R. -1994- Attributable fraction estimates and case definitions for malaria in endemic areas. *Statistic in medicine*, 13(22), p.2345-2358.

Smith T.A. et al.-2001- Child mortality and malaria transmission intensity in Africa. *Trends in Parasitology*, Vol.17, n°3, p.148.

Snow R.W. , Craig M., Deichmann U., Marsh K. -2000- Evaluation 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, Recueil d'articles n°2*, p. 64-80.

Snow R.W. et al. -1992- The role of shops in the treatment and prevention of childhood malaria on the coast of Kenya. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 86, p.237-239.

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, p.593-597.

Sokhna C.S., Molez J.-F., Ndiaye P., Sane B., Trape J.-F. – 1997- Tests in vivo de chimiosensibilité de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine au Sénégal : évolution de la résistance et estimation de l'efficacité thérapeutique. *Bull. Soc. Path. Ex.*, Vol.90, n°2, p.83-89.

Sommerfeld J., Sanon M., Kouyaté B.A., Sauebirn R. -2001- Perceptions of risk, vulnerability and disease prevention in rural Burkina-Faso : Implications for community based health care and insurance. Unpublished Manuscript.

Standing H. – 1996- A Situation analysis and opportunities for malaria control support in selected countries in Africa : Ghana, Malawi, Namibia, Zambia, Zimbabwe. Social Development Report prepared for the Malaria Consortium.

Standing H. -1997- Gender and equity in the health sector reform programmes : a review. *Health Pol. Plann.*, 12, p.1-18.

Stone L. -1989- Cultural crossroads of *Falciparum* in development : a case from Nepal. *Human Organisation*, 48(3), p.206-213.

Stone L. -1992- Cultural influences in community participation in health. *Social science & Medicine*, 35(4), p.409-417.

Stuebing K. -1997- Maternal schooling and comprehension of child health information in urban Zambia : is literacy a missing link in the maternal schooling-child health relationship ?, in *Health Transition Review* Vol.7, pp.151-171.

Tabutin D. -1999- Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie. Louvain-la-neuve : Academia-Bruyland/L'Harmattan, Chaire Quételet, Institut de Démographie, Université de Catholique de Louvain.

Tanner M., Vlassof C. -1998- Treatment-seeking behaviour for malaria : a typology based on endemicity and gender, *Social Science & Medicine*, Vol.46, n°4-5, p.523-532.

Tarimo D.S., Lwilula G.K., Minjas J.N., Bygbjerg I.C. -2000- Mother's perceptions and knowledge on childhood malaria in the joloendemic control and the IMCI strategy. *Tropical Medicine and International Health*, 5(3), p.179-184.

Tarimo D.S., Urassa D.P., Msamanga G.I. -1998- Caretaker's perceptions of clinical manifestations of childhood malaria in holo-endemic rural communities in Tanzania. *East African Medical Journal*, 75(2), p.93-96.

TDR News -2002- Paternship for social sciences in malaria control. *TDR News*, 67, February 2002, p.6-7.

Thera M.A., D'Alessandro U., Thiero M., Ouédraogo 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* 2000, 5, p.876-81.

Thiam Mandiomé — 1985 — Inventaire des restes osseux humains pré- et protohistoriques adjacentes. Contribution à la préhistoire de l'Ouest-Africain. Paris, Univ. de Paris I : 317 p.

Ties Boerma J. -1996- Understanding the determinants of child survival in developing countries : the Mosley-Chen conceptual framework. In: *Child survival in developing countries, can demographic and health surveys help to understand the determinants ?*. Amsterdam : Royal Tropical Institute, Netherlands.

Traoré O.-2002- Les déterminants du recours aux soins en cas de fièvre palustre des enfants à l'observatoire de population de Niakhar. Dakar : Mémoire de Fin d'étude CESAPG, IRD, 46p.

Traoré Y., Rihet P., Traoré-Leroux T., Aucan C., Gazin P., Coosemans M., Smith A., Abel L., Tall F., Nacro B., Traoré A.-1999- Analyse des facteurs génétiques contrôlant l'infection palustre chez l'homme. *Cahiers d'études et de recherches santé Francophones*, Vol.93, n°1, p.53-59.

Trape J.F. – 2001 - The public health impact of chloroquine resistance in Africa. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene (USA)*, Vol. 64, No 1,2(S), p. 12-17.

Trape J.F., Pison G., Preziosi M.P., Enel C., Desgrées du Lou A., Delaunay V., Samb B., Lagarde E., Molez J.F., Simondon F. – 1998b- Impact of chloroquine resistance on malaria

mortality. *Compte rendu de l'académie des Sciences, série 3 : Sciences de la Vie, Vol.301, p.689-697.*

Trape, J.F., Preziosi M.P., Sokhna C.S., Molez J.F., Simondon F. -1998a- Impact de la résistance à la chloroquine sur la mortalité palustre. IN: *La situation démographique et épidémiologique dans la zone de Niakhar au Sénégal : 1984-1996 /Delaunay, Valérie (coord.). Dakar : Orstom, p. 127-131.*

Troy A. -1999- *Histoires de pagnes : Dons rituels, circulation et transmission dans une société bilinéaire (Sereer Sine du Hireena et de la Petite-Côte, Sénégal. Mémoire de DEA, Collège de France.*

True W.R. -1996- *Epidemiology and medical Anthropology. In: Medical Anthropology/ Sargent C.F., Johnson T.M. Londres, p.325-346.*

Uchudi J.M. -2001- *Covariates of child mortality in Mali : does the health-seeking behaviour of the mother matter ? Journal of Biosocial Science, 33, p.33-54.*

Unicef -2000- *The prescriber, Vol.18.*

Uyanga J. -1983- *Rural-urban migration and sickness health care behavior : a study of eastern Nigeria. Social Science and Medicine, Vol.17, n°9, p.579-583*

Vallin J. -1989- *Théorie de la baisse de la mortalité et situation africaine. In : Mortalité et Société en Afrique/ Pison G. (eds.). Paris : INED, PUF, 446 p. (Travaux et Documents – Cahier 124).*

Van Der Geest J. -1999- *Training shopkeepers and schoolchildren in medicine use : experiments in applied medical anthropology in East Africa. Medical Anthropology Quarterly, 13(2), p.253-255.*

Vaugelade -1991- *Consommation médicale et itinéraires thérapeutiques en milieu rural au Burkina, in Colloque Sciences sociales et de la santé en Afrique de l'Ouest, Bamako*

Velema J.P., Alihonou E.M., Gandaho T., Hounye F., *Childhood mortality among users and non-users of primary health care in a rural west african community, International Journal of Epidemiology, Vol. 20, N°2 Année*

Vignerot, Emmanuel (dir.)-1995- *La géographie de la santé en question. Dijon : Espace Populations Sociétés, n° 1, 148 p.*

Vlassof C., Bonilla E. -1994- Gender-related differences in the impact of tropical disease on women : what we know. *Journal of Biosocial Science*, 26(1), p.37-53.

Vlassof C., Manderson L. -1998- Incorporating gender in the anthropology of infectious diseases. *Tropical Medicine & International Health*, 3(12), p.1011-1019.

Von Seidlein L., Clarke S., Alexander N., Manneh F., Doherty T., Pinder M., Walraven G., Greenwood B. -2002- *Bulletin of the World Health organization*, 80 (10), p.790-795.

Waitznegger-Lalou F. -2001- Connaissances et pratiques en matière de santé des enfants : l'influence de l'expérience urbaine. Communication à l'atelier Santé de la reproduction, fécondité et développement, 24-25 Octobre, non publié, 30 p.

Walter D. et al.-1997- Clinical features and outcome of severe malaria in gambian children. *Clinical infectious diseases*, 21, p.577-587

Watling C. -1995- Assessment of home management of fever among children in the Ashanti Region of Ghana. *Journal of Tropical Pediatrics*, 41, p.189-190.

Weber M. -1964- *Theory of Social and Economic Organization*. New York : Oxford university Press, 1947. Cité d'après l'édition de Free press Paperback, 1964, p. 88

Webster D, Hill AV.- 2004- Progress with new malaria vaccines. *Bull World Health Organ*. 2003;81(12):902-9. Epub 2004 Mar 01

Werner J.F. -1996- D'un itinéraire à l'autre ou les incertitudes du savoir ethnographique. In :*Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical / Benoist, J. (dir.)*. Paris (FR) : Karthala, p. 363-392.

Wessen A.F. -1986- Introduction : resurgent malaria and social sciences. *Social science & Medicine*, 22.

WHO -2002- World Health Organization expert committee on malaria. Twentieth Report. Geneva : WHO, Technical Report Series -892, 72 p.

WHO/AFRO -1998- Report of a working group meeting on social science research and community-based interventions. Paper presented at Social Science research and Community-Based interventions Conference, 22-25 Septmbre1998, Harare, Zimbabwe.

Williams H., Jones C., Burges G. (Eds) -2002- PSSMC Second annual steering committee Meeting, 8-10 Janvier 2002, Proceedings. London : London school of hygiene and tropical Medicine.

Willems M., Masuy-Stoobant G., Tonglet R.-1999- La santé des enfants de moins de 5 ans et les recours thérapeutiques dans un district sanitaire urbain de Ouagadougou. Chaire Quételet, Population et défis urbains. (6)

Williams H., Kachur P., Nalwamba C., Hightower A., Simoonga C., Mphande P. -1999- A community perspective on the efficacy of malaria treatment options for children in Lundazi District, Zambia. *Tropical Medicine and International Health*, 4(10), p.641-652.

Williams H.A., Jones C.O.H. -2003- A critical review of behavioural issues related to malaria control in sub-saharan Africa : what contributions have social scientists made ?. *Social science & medicine*

Winch H., Trupin C. -2002- Changing national malaria treatment guidelines : A case study from Tanzania. Paper presented at the society for Applied Anthropology Meetings, 6-9 March 2002, Atlanta.

Winch P.J. et al. -1997- Social and cultural factors affecting rates of regular retreatment of mosquito nets with insecticide in Bagamoyo District, Tanzania. *Tropical Medicine & International Health*, 2, p.760-770.

Winch P.J. et al.-1996- Local terminology for febrile illnesses in Bagamoyo District, Tanzania, and its impact on the design of a community-based malaria control programme. *Social, science& medicine*, 42, p.1057-1067.

Winch P.J., Wagman J.A., Khatib R.A., Lynch M.C., Massi M. -2000- Who should be our partners ? Defining the role of the informal health sector in efforts to improve malaria treatment in Kongwa District, central Tanzania. Unpublished manuscript.

World Bank -2001- Malaria on the rise, children most Vulnerable : World Bank, WHO, UNICEF, and UNDP call for much more action in the fight against malaria. News release, 2001/302/AFR.

World Bank/WHO/UNICEF/Kenyan Ministry of health -1998- Report of a joint malaria rapid assessment missions to Kenya, Uganda and Tanzania.

World Health Organization – 2003- World Health Report.

World health Organization -1998- The world health report – Life in the 21st century : a vision for all. Geneva : WHO, p.90-104.

World Health Organization -2000- WHO Expert committee on malaria. Twentieth report. Geneva :WHO, 892 p.

Wyatt H.V.-1984- The popularity of injections in the third world : origins and consequences for poliomyelitis. Soc. Med., Vol. 9, p. 911-915.

Yeboah-Antwi K., Gyapong J.O., Asare I.K., Barnish G., Evans D.B., Adjei S. -2001- Impact du pré-conditionnement des antipaludiques sur le coût pour le patient et sur l'observance du traitement. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, n°5, p.11-16.

Yennech H., Gyorkos T.W., Joseph L., Pickering J., Tedla S. -1993- Antimalarial drug utilization by women in Ethiopia : a knowledge-attitudes-practice study. Bulletin of World Health Organization, 71, p.763-772 (10).

Young J.C. -1981a- Non-Use of physicians : methodological approaches, policy implications, and the utility of decision models, in Social Sciences & Medicine Review, Vol.15B

Young J.C. -1981b- Medical Choice in a Mexican Village, Rutgers university Press, New Brunswick.

Young R. -1999- Prioritising family health needs : a time-space analysis of women's health-related behaviours. Social Science & medicine, Vol. 48, p.797-813.

Zempléni A. -1985- La "maladie" et ses "causes". Introduction. L'ethnographie, vol.81, n°96-97, p.13-44.

Ziba C., Slutsker L., Chitsulo L., Steketee R.W. -1994- Use of malaria prevention measures in Malawian households in Kinshasa Zaïre. Belgium Med. Trop., 71, p. 259-266.

Sites internet : <http://mosquito.who.int/> ; <http://sinesaloum.africweb.com/> ;
www.rbm.who.int ; <http://perso.club-internet.fr/philgeo/>

Chapitre 10 - Table des illustrations

Figure 1- 1 : Répartition des zones d'activité palustre (Source : WHO, 2002).....	3
Figure 2- 1 : Carte du Sénégal.....	36
Figure 2- 2 : Carte des limites administratives et des infrastructures sanitaire des villages enquêtés.....	38
Figure 2- 3 : Cycle d'infection palustre de l'homme	48
Figure 3- 1 : Nature de l'ensemble des soins à domicile prodigués (N=1474).....	74
Figure 3- 2: Nature des soins à domicile pratiqués en première (N=822) et en seconde instance (N=458).....	75
Figure 3- 3 : Répartition des médicaments administrés en soin à domicile (N=634)	76
Figure 3- 4: Source d'approvisionnement en chloroquine et en autres médicaments pour les médicaments spécifiquement achetés pour traiter l'épisode morbide.....	78
Figure 3- 5 : Nature payante ou non de l'automédication et des autres soins à domicile	81
Figure 3- 6 : Nature des recours externes mis en œuvre en première et en seconde instance .	83
Figure 3- 7 : Délai moyen en jours pour la consultation selon la nature du recours externe (rang 1 et 2)	85
Figure 3- 8 : Coût moyen et somme moyenne mobilisée en Francs CFA selon la nature du premier recours externe (effectifs et écarts types dans le tableau annexe 3.6)	87
Figure 3- 9: Distribution en nuage de points du coût des soins et de la somme mobilisée.....	88
Figure 3- 10 : Participation des différentes personnes aux décisions de soins à domicile et de recours externes.....	97
Figure 3- 11 : Caractéristiques du schéma décisionnel pour les soins à domicile (N=1360) et les recours externes (N=358).....	98
Figure 3- 12 : Schéma décisionnel selon la personne proposant les soins à domicile (N=1279) et les recours externes (N=358) de première et seconde instance.....	100
Figure 3- 13 : Nature du premier soin à domicile selon l'identité de la personne en ayant pris l'initiative : la mère (N=601), le père (N=104), les grands-mères (N=47) et les autres personnes (N=69).....	101

Figure 3- 14 : Nature du premier recours externe selon l'identité de la personne l'ayant proposé : la mère (N=150), le père (N=86), les grands-mères (N=32) ou d'autres personnes (N=24)	102
Figure 3- 15 : Identité de la personne accompagnant le recours externe selon sa nature	104
Figure 3- 16 : Identité des personnes ayant participé à la prise en charge financière des soins à domicile (N=535) et des recours externes (N=309)	105
Figure 3- 17 : Personne finançant les deux premiers recours externes selon leur nature : la mère (N=123), le père (N=146) ou les autres personnes (N=51).....	106
Figure 3- 18 : Identité de la personne administrant les soins pratiqués spontanément à domicile (N=535) et après prescription lors d'un recours externe (N=255), en première et en seconde instance	109
Figure 4- 1 : Pratiques thérapeutiques selon l'intensité de la fièvre les deux premiers jours de maladie : fièvre forte continue ou modérée.....	121
Figure 4- 2 : Pratiques thérapeutiques selon la présence de vomissements les deux premiers jours de maladie : vomissements (N= 132) ou non (N=770)	122
Figure 4- 3 : Pratiques thérapeutiques selon l'indisposition continue de l'enfant les deux premiers jours de maladie : indisposition continue (N= 633) ou non (N=269)	123
Figure 4- 4 : Pratiques thérapeutiques selon la présence de diarrhées continues les deux premiers jours de maladie : présence de diarrhées continues (N= 61) ou non (N=861)	124
Figure 4- 5 : Propension à réaliser un recours biomédical le troisième jour (N=868), le quatrième jour (N=677) et le cinquième jour (N=460) de maladie selon les symptômes de l'enfant le jour même.....	127
Figure 4- 6 : Pratiques thérapeutiques selon la présence simultanée et continue d'une forte fièvre et de vomissements ou d'indisposition les deux premiers jours de maladie : oui (N= 329) ou non (N=573)	128
Figure 4- 7 : Propension à administrer de la chloroquine conformément aux règles de posologie (N=100) selon la présence continue les deux premiers jours de maladie de différents symptômes	129
Figure 4- 8 : Perception de la nature de la maladie de l'enfant pour l'ensemble des interrogés (N=1804).....	131
Figure 4- 9 : Perception de la cause de la maladie de l'enfant pour l'ensemble des interrogés (N=1804).....	132

Figure 4- 10 : Pratiques thérapeutiques selon la perception de la nature de la maladie par la mère de l'enfant : <i>sibidu</i> (N= 536) ou non (N=366)	134
Figure 4- 11 : Causes perçues du paludisme pour les mères (N=902), les pères (N=716) et les autres personnes (N=186) (plusieurs réponses possibles par personne interrogée).....	139
Figure 4- 12 : Symptômes perçus du paludisme pour les 1804 personnes interrogées (plusieurs réponses possibles par personne interrogée)	142
Figure 4- 13 : Symptômes traduisant la gravité d'un épisode de <i>paludisme/sibidu</i> pour les mères (N=902), les pères (N=716) et les autres personnes (N=186) (plusieurs réponses possibles par personne interrogée)	144
Figure 4- 14 : Perception du coût des soins par les mères (N=902), les pères (N=716) et les autres personnes (N=186).....	149
Figure 4- 15 : Pratiques thérapeutiques selon le rapport des parents à l'offre de soins biomédicale : ils n'y accordent pas d'intérêt et refusent la pratique de certains soins (N=26), ils n'y accordent pas d'intérêt mais acceptent la pratique de tous les soins (N=400), ils ont un réel intérêt pour l'offre de soins biomédicale (N=412), ils ont un grand intérêt pour l'offre de soins biomédicale (N=64).....	152
Figure 4- 16 : Perceptions et pratiques thérapeutiques selon les sources d'information des parents de l'enfant : l'un des parents au moins a les institutions officielles pour source d'information exclusive (N= 213) ou non (N=689).....	155
Figure 4- 17 : Personnes théoriquement à même de prendre les décisions pour soigner un enfant malade selon les mères (N=902), les pères (N=716) et les autres personnes (N=186).....	157
Figure 4- 18 : Pratiques thérapeutiques selon la répartition théorique du pouvoir de décision au sein du ménage, pour la mère de l'enfant : le père est le seul à même de prendre les décisions (N= 373) ou non (N=529)	160
Figure 4- 19 : Part des ménages conservant souvent différents médicaments.....	161
Figure 4- 20 : Pratiques thérapeutiques selon l'habitude du ménage de stocker de la chloroquine à domicile : le ménage stocke parfois de la chloroquine (N= 385) ou non (N=515).....	163
Figure 4- 21 : Répartition des ménages selon leur propension à planifier un budget pour faire face aux dépenses de santé, en particulier en cas d'absence du père de l'enfant : toujours (N=93), parfois (N=411) ou jamais (N=212).....	164

Figure 4- 22 : Pratiques thérapeutiques selon l'habitude du ménage de planifier un budget pour les dépenses de santé : anticipation systématique d'un budget (N=92) ou non (N=624).....	165
Figure 4- 23 : Propension à pratiquer différents soins selon l'âge de l'enfant : moins de 1 an (N=196), 1 à 4 ans (N=296) ou 5 à 10 ans (N=410)	173
Figure 4- 24 : Propension à recourir en structure sanitaire selon l'âge de l'enfant.....	175
Figure 4- 25 : Propension à pratiquer différents soins selon le rang de naissance de l'enfant : rang 1 à 3 (N=328) ou rang 4 et plus (N=537).....	178
Figure 4- 26 : Propension à pratiquer différents soins selon l'âge de la mère de l'enfant : moins de 35 ans (N=430) ou 35 ans et plus (N=455)	181
Figure 4- 27 : Pratiques thérapeutiques selon l'alphabétisation des parents de l'enfant : l'un des parents est alphabétisé ou a suivi le primaire complet (N=219) ou non (N=683) ...	186
Figure 4- 28 : Pratiques thérapeutiques selon l'expérience migratoire des parents de l'enfant : la mère ou le père a effectué une migration longue ou acculturante (N=398) ou non (N=504).....	189
Figure 4- 29 : Pratiques thérapeutiques selon les formes de sociabilité des parents : la mère ou le père a des pratiques de sociabilité tournées vers l'extérieur (N=200) ou non (N=702)	192
Figure 4- 30 : Pratiques thérapeutiques selon la religion des parents : la mère est chrétienne ou non.....	194
Figure 4- 31 : Pratiques thérapeutiques selon la religion des parents : la mère est chrétienne (N=175) ou non (N=705)	196
Figure 4- 32 : Pratiques thérapeutiques selon la caste de la famille de l'enfant : l'enfant est griot, artisan (forgeron ou cordonnier) ou bûcheron (N=62) ou non (N=840)	198
Figure 4- 33 : Répartition des ménages selon leur situation socio-économique (pauvre ou riche).....	204
Figure 4- 34 : Pratiques thérapeutiques selon le niveau économique des ménages, évalué en fonction des biens et équipements possédés : l'enfant vit dans un ménage plutôt pauvre (N=338) ou plutôt aisé (N=555).....	207
Figure 4- 35 : Répartition des ménages selon le nombre d'habitants (N=868).....	211
Figure 4- 36 : Répartition des concessions selon le nombre d'habitants (N=868)	212
Figure 4- 37 : Pratiques thérapeutiques selon la taille du ménage : le ménage comprend de 3 à 8 personnes (N=198), de 9 à 24 personnes (N=601) ou 25 personnes et plus (N=69) ..	213

Figure 4- 38 : Pratiques thérapeutiques selon la taille de la concession : la concession comprend de 3 à 12 personnes (N=222), de 13 à 49 personnes (N=558) ou 50 personnes et plus (N=120).....	214
Figure 4- 39 : Répartition des ménages selon le nombre de ménages dans la concession d'habitat (N=902).....	218
Figure 4- 40 : Nombres moyens et médians d'habitants des ménages pour cinq classes d'âge (n=868).....	221
Figure 4- 41 : Pratiques thérapeutiques selon le nombre d'enfants âgés de moins de 6 ans révolus dans le ménage : le ménage comprend moins de 2 enfants, de 2 à 5 enfants ou au moins 6 enfants.....	222
Figure 4- 42 : Pratiques thérapeutiques selon le nombre d'adultes âgés de 20 ans et plus : le ménage comprend moins de 5 adultes (N=357) ou cinq adultes et plus (N=511)	223
Figure 4- 43 : Pratiques thérapeutiques selon le nombre de personnes de moins de 20 ans et le nombre de personnes âgées de 20 ans et plus dans le ménage : le ratio est inférieur ou égal à 1,2 (N=293) ou le ratio est supérieur à 1,2 (N=575).....	225
Figure 4- 44 : Répartition des ménages selon la présence effective et permanente de la mère biologique (N=902), du père biologique de l'enfant (N=894), de la grand-mère paternelle de l'enfant (N=894), de l'oncle paternel de l'enfant (N=894) et de la grand-mère maternelle de l'enfant (N=894)	228
Figure 4- 45 : Pratiques thérapeutiques selon la présence de la mère biologique : l'enfant vit avec sa mère biologique (N=807) ou non (N=95).....	229
Figure 4- 46 : Pratiques thérapeutiques selon la perception du contexte morbide au moment de la survenue de la maladie enquêtée : d'autres enfants de la concession ont été malades simultanément que celui enquêté et la morbidité de la saison des pluies est perçue comme forte (N=241) ou non (N=661)	238
Figure 4- 47 : Pratiques thérapeutiques selon les antécédents de santé de l'enfant : la maladie enquêtée est nouvelle (N=655) ou une rechute (N=247)	241
Figure 4- 48 : Pratiques thérapeutiques selon la rentrée récente d'argent : la mère ou le père possède un champ et a vendu récemment des produits agricoles (arachide) (N=410) ou non (N=492)	243

Figure 5- 1 : Carte de la répartition des ménages selon leur éloignement aux principales pistes (N=901)	249
Figure 5- 2 : Pratiques thérapeutiques selon la distance aux principales pistes : la concession est située à moins de deux kilomètres d'une piste principale (N=421) ou à plus de deux kilomètres (N=481)	250
Figure 5- 3 : Carte des ménages selon leur éloignement à la structure sanitaire la plus proche (N=901)	252
Figure 5- 4 : Pratiques thérapeutiques selon la distance aux principales structures sanitaires : la concession est située à moins d'un kilomètre d'un structure sanitaire (N=99), un à deux kilomètres (N=123), deux à cinq kilomètres (n=565) ou plus de cinq kilomètres (n=114)	254
Figure 5- 5 : Distance moyenne séparant la concession d'habitat de la structure sanitaire la plus proche des enfants ayant pratiqué différents soins thérapeutiques.....	255
Figure 5- 6 : Localisation des sites de consultation biomédicale (carte du haut) et des sites de consultation traditionnelle (carte du bas) pour les deux premiers recours externes.....	258
Figure 5- 7 : Distance moyenne parcourue pour aller en consultation, au cours des deux premiers recours externes selon les villages	260
Figure 5- 8 : Représentation spatiale des déplacements effectués pour la mise en œuvre des deux premiers recours externes (n=292)	262
Figure 5- 9 : Tendances générales et résumées des distances parcourues pour la mise en œuvre des deux premiers recours externes (n=292).....	263
Figure 5- 10 : Propension à réaliser un recours externe, un recours biomédical, un recours biomédical en moins de 48 heures, un recours traditionnel, plusieurs soins à domicile et à consommer de la chloroquine dans le cadre des soins à domicile dans les différents villages enquêtés	268
Figure 5- 11 : Classification des villages étudiés en fonction des différents types de recours thérapeutiques.....	271
Figure 5- 12 : Conditions de prise en charge de l'enfant malade selon le contexte d'habitat : contexte Nord (N=538) ou contexte Sud (N=364).....	274
Figure 5- 13 : Pratiques thérapeutiques selon les caractéristiques du village d'habitat : le village d'habitat a une forte densité ou un niveau de scolarisation supérieur à la moyenne (N=301) ou non (N=601)	278

Tableau 2- 1 : Etapes, durée et manifestations de l'infection de l'homme par le parasite.....	48
Tableau 2- 2 : Période de référence et nature des épisodes morbides prise en compte dans 19 études.....	61
Tableau 2- 3 : Durée en jours entre le début de la maladie et le passage de l'enquêteur.....	70
Tableau 3- 1: Distribution simplifiée des itinéraires thérapeutiques pour les 902 enfants malades.....	73
Tableau 3- 2: Distribution des soins à domicile selon leur renouvellement dans le temps.....	80
Tableau 3- 3: Propension à consulter en structure sanitaire et auprès d'un thérapeute traditionnel selon le nombre et la nature des soins à domicile pratiqués	84
Tableau 3- 4 : Prise de chloroquine après consultation en structure médicale (recours de rang 1 et 2).....	90
Tableau 3- 5 : Propension à retourner en consultation selon la nature du recours (tous rangs de recours).....	91
Tableau 3- 6 : Somme mobilisée en Francs CFA pour le premier recours externe selon la personne accompagnant l'enfant en consultation.....	107
Tableau 3- 7 : Modalités d'intervention des membres de la cellule familiale dans l'itinéraire thérapeutique	114
Tableau 4- 1 : Proportion des enfants malades présentant les différents symptômes de manière continue les deux (N=902) et trois (N=868) premiers jours de maladie.....	117
Tableau 4- 2 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide	125
Tableau 4- 3 : Répartition des soins déclarés efficaces pour traiter le paludisme	145
Tableau 4- 4 : Propension des enfants malades à réaliser différents recours externes selon la perception des modes de traitements efficaces contre le <i>sibidu</i> par ses parents	147
Tableau 4- 5 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon les attitudes pour la prise en charge de l'enfant malade.....	151
Tableau 4- 6 : Conditions de prise en charge du premier recours externe selon la répartition théorique des rôles des parents de l'enfant (réponses de la mère)	159
Tableau 4- 7 : Caractéristiques de la prise en charge des recours externes de l'enfant malade selon son âge	176
Tableau 4- 8 : Conditions de prise en charge des recours externes selon l'âge de la mère ...	182

Tableau 4- 9 : Niveau d’instruction de la mère et du père de l’enfant.....	184
Tableau 4- 10 : Participation des personnes extérieures au couple parental au premier recours externe selon l’expérience migratoire des parents	190
Tableau 4- 11 : Caractéristiques de la classe pauvre au regard de 17 variables biens et équipements.....	205
Tableau 4- 12 : Caractéristiques de la classe aisée au regard de 17 variables biens et équipements.....	206
Tableau 4- 13 : Caractéristiques de la prise en charge thérapeutique de l’enfant malade selon le nombre d’habitant du ménage	215
Tableau 4- 14 : Répartition des ménages et des concessions selon leur taille et leur caractéristiques économiques.....	216
Tableau 4- 15 : Caractéristiques de la prise en charge de l’enfant malade en fonction du nombre d’adultes, hommes et femmes, dans le ménage	224
Tableau 4- 16 : Propension du ménage à stocker de la chloroquine et à avoir un schéma décisionnel centré sur le père de l’enfant en fonction de la structure par âge du ménage	226
Tableau 4- 17 : Conditions de prise en charge de l’enfant malade selon qu’il vit avec sa mère biologique ou une tutrice.....	230
Tableau 4- 18 : Conditions de prise en charge de l’enfant malade selon la présence permanente du père dans la concession.....	230
Tableau 4- 19 : Conditions de prise en charge de l’enfant malade selon la présence d’une grand-mère dans la concession.....	231
Tableau 4- 20 : Conditions de prise en charge de l’enfant malade selon la morbidité dans la concession au moment de la survenue de la maladie enquêtée.....	238
Tableau 4- 21 : Histoire de la santé des enfants enquêtés depuis le début de la saison des pluies	239
Tableau 4- 22 : Caractéristiques de l’itinéraire thérapeutique simplifié suivi par l’enfant dans le cadre de l’épisode morbide précédent pour les enfants victimes d’une rechute (N=248)	240

Tableau 5- 1 : Effectifs d'enfants enquêtés dans les villages ou groupes de villages, après recomposition	247
Tableau 5- 2 : Distribution géographique des deux premiers recours externes selon leur nature	257
Tableau 5- 3: Ecart maximum de la propension des enfants rattachés aux différents villages à réaliser différentes pratiques thérapeutiques	265
Tableau 5- 4 : Part dans les deux contextes d'habitat, le Nord et le Sud, des ménages résidant dans un village possédant ou non différentes caractéristiques.....	276
Tableau 6- 1 : Régression logistique évaluant les effets de variables sur la consommation de chloroquine dans le cadre des soins à domicile.....	282
Tableau 6- 2 : Régression logistique de la propension à consulter en structure sanitaire.....	286
Tableau 6- 3 : Régression logistique de la propension à consulter en structure sanitaire selon le contexte	289
Tableau 6- 4 : Régression logistique de la propension à consulter en structure sanitaire moins de 48 heures après le début de la maladie	293

Chapitre 11 - Annexes

11.1 Table des annexes

Tableau A 2. 1 : Pluviométrie mensuelle à Niakhar de 1982 à 2002 en millimètres	382
Tableau A 2. 2: Définition des régions d'endémicité palustre.....	382
Tableau A 2. 3 : Pourcentage de sujets hébergeant le parasite en fonction du mois et de la classe d'âge (Niakhar, 1995).....	383
Tableau A 2. 4 : Fiche récamal du questionnaire	384
Tableau A 2. 5 : Durée de la maladie pour les épisodes terminés par une guérison	385
Tableau A 2. 6 : Durée de la maladie pour les épisodes morbides non terminés au passage de l'enquêteur.....	385
Tableau A 3. 1: Origine de la connaissance du soin traditionnel pratiqué à domicile en première et en seconde instance par la mère, le père et les autres personnes	386
Tableau A 3. 2 : Distribution du second soin à domicile selon la nature du premier soin à domicile (%).....	386
Tableau A 3. 3 : Conditions d'ingestion des comprimés de chloroquine en soin à domicile, au regard des doses de posologie et de la durée de traitement.....	386
Tableau A 3. 4 : Nature des soins à domicile pratiqués le premier jour de maladie, le second jour de maladie et du troisième au septième jour de maladie	387
Tableau A 3. 5 : Jour de mise en œuvre de la consultation selon la nature du recours externe	387
Tableau A 3. 6: Coût moyen et sommes moyenne mobilisée en Francs CFA pour l'ensemble des recours externes selon la nature du recours externe.....	387
Tableau A 3. 7: Distribution en catégories de la somme mobilisée en Francs CFA selon la nature du premier recours externe	388
Tableau A 3. 8 : Répartition de la somme mobilisée en Francs CFA en fonction de la somme dépensée pour le premier recours externe (%).....	388
Tableau A 3. 9: Coût moyen en Francs CFA du premier recours externe selon la nature et le délai de recours en jours.....	388

Tableau A 3. 10: Somme moyenne mobilisée en Francs CFA selon le délai de recours en jours	389
Tableau A 3. 11 : Identité de la personne ayant répondu au questionnaire Mère et au questionnaire Père	389
Tableau A 3. 12: Distribution de l'identité des répondants aux questionnaires <i>autres</i>	389
Tableau A 3. 13 : Personne ayant proposé les soins à domicile et les recours externes selon leur rang de pratique.....	390
Tableau A 3. 14 : Identité de la personne ayant proposé le second soin à domicile selon l'identité de la personne ayant proposé le premier soin à domicile	390
Tableau A 3. 15 : Schéma décisionnel pour les soins à domicile et les recours externes selon la nature des actes thérapeutiques pratiqués.....	391
Tableau A 3. 16: Distribution du schéma décisionnel pour le premier recours externe selon la personne ayant proposé le recours	391
Tableau A 3. 17: Répartition des personnes associées à la décision du premier soin à domicile et du premier recours externe selon la personne ayant proposé le soin	392
Tableau A 3. 18 Délai moyen en jours pour le premier recours externe selon la personne proposant le recours et le schéma décisionnel	392
Tableau A 3. 19 : Répartition du délai de consultation en jours selon l'identité de la personne ayant proposé le premier recours externe.....	393
Tableau A 3. 20: Identité de la personne ayant accompagné les recours externes selon le rang de recours	394
Tableau A 3. 21 : Identité de la personne ayant accompagné le premier recours externe selon la personne l'ayant proposé.....	394
Tableau A 3. 22 : Coût en francs CFA du premier recours externe selon sa nature et l'identité de la personne ayant emmené l'enfant en consultation.....	394
Tableau A 3. 23 : Coût en Francs CFA du premier recours externe selon sa nature et l'identité de la personne l'ayant proposé	395
Tableau A 3. 24 : Origine des médicaments consommés dans le cadre des deux premiers soins à domicile (achetés spécifiquement ou déjà possédés) selon la personne ayant proposé l'automédication.....	395
Tableau A 3. 25 : Mobilisation d'une somme pour le premier recours externe selon le schéma décisionnel du premier recours externe.....	395
Tableau A 3. 26 : Somme en Francs CFA mobilisée selon l'identité de la personne ayant accompagné le premier recours externe	396

Tableau A 3. 27 : Identité de la personne ayant administré les deux premiers soins à domicile et les deux premiers recours externes.....	396
Tableau A 3. 28 : Identité de la personne ayant administré le traitement selon la personne ayant mis en oeuvre le premier recours externe.....	397
Tableau A 3. 29 : Identité de la personne ayant répondu au questionnaire mère selon l'âge de l'enfant	397
Tableau A 3. 30: Identité de la personne ayant identifié la maladie de l'enfant.....	397
Tableau A 3. 31: Schéma décisionnel pour les soins à domicile et les recours externes de rangs 1 et 2 selon la personne ayant proposé le soin.....	398
Tableau A 4. 1: Répartition des enfants selon les symptômes des dix premiers jours de maladie (%).....	398
Tableau A 4. 2 : Durée de la maladie pour les épisodes morbides terminés par une guérison (N=703).....	399
Tableau A 4. 3 : Durée en jours de la maladie pour les épisodes morbides non terminés au passage de l'enquêteur (N=194).....	399
Tableau A 4. 4 : Durée moyenne de maladie en jours pour les épisodes terminés par une guérison selon les symptômes de l'enfant les deux premiers jours de maladie	400
Tableau A 4. 5 : Proportion d'épisodes morbides guéris le troisième jour de maladie selon les symptômes présents les deux premiers jours de maladie.....	400
Tableau A 4. 6 : Statut de guérison de l'enfant au quatrième jour de maladie selon la réalisation d'un recours biomédical (%)	400
Tableau A 4. 7 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux selon les symptômes présentés par l'enfant	401
Tableau A 4. 8 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon les symptômes présentés par l'enfant le premier et les deux premiers jours de maladie	402
Tableau A 4. 9 : Propension à faire un recours biomédical et un recours traditionnel le troisième, le quatrième et le cinquième jour de maladie selon la symptomatologie la veille et le jour même (%).....	403

Tableau A 4. 10 : Propension à faire un recours externe, un recours médical et un recours traditionnel en cas de persistance deux jours consécutifs de différents symptômes (%)	403
Tableau A 4. 11: Propension à administrer un soin à domicile, deux soins à domicile et à réaliser un et plusieurs recours externes selon la symptomatologie de l'enfant le premier et les deux premiers jours de maladie (%)	404
Tableau A 4. 12 : Propension (%) à consommer des médicaments dans le cadre des soins à domicile, de la chloroquine dans le cadre des soins à domicile et à réaliser un recours externe, biomédical et biomédical rapide selon le profil morbide de l'enfant le premier et les deux premiers jours de maladie	405
Tableau A 4. 13 : Conditions de l'observance des règles d'administration du traitement par chloroquine dans le cadre des soins à domicile et après consultation en centre de santé selon les symptômes de la maladie	405
Tableau A 4. 14: Perception de la nature de la maladie ayant affecté l'enfant pour la mère de l'enfant, (N=902), son père (N=716) et les autres personnes (N=186)	406
Tableau A 4. 15 : Perception de la cause de la maladie ayant affecté l'enfant pour l'ensemble des répondants	406
Tableau A 4. 16 : Interprétation de la nature et de la cause de la maladie par la mère de l'enfant selon le profil symptomatique du malade (%)	407
Tableau A 4. 17: % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon la perception de la cause de la maladie par la mère et le père de l'enfant	408
Tableau A 4. 18: % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon la perception de la cause de la maladie	409
Tableau A 4. 19 : Somme moyenne mobilisée pour le premier recours externe biomédical selon la symptomatologie de l'épisode morbide le premier et les deux premiers jours de maladie	410
Tableau A 4. 20 : Causes déclarées du paludisme pour la mère de l'enfant, son père et les autres personnes (plusieurs réponses possibles)	410
Tableau A 4. 21 : Perception de la cause du paludisme par les parents de l'enfant	411
Tableau A 4. 22 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon la perception de la cause du <i>paludisme/sibidu</i>	412

Tableau A 4. 23 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon la perception de la cause du <i>paludisme/sibidu</i>	413
Tableau A 4. 24: Schéma décisionnel pour le premier recours externe et somme moyenne mobilisée pour le premier recours biomédical	413
Tableau A 4. 25 : Nature des symptômes associés au paludisme/ <i>sibidu</i> par la mère, le père et les personnes autres	414
Tableau A 4. 26 : Symptômes de gravité du paludisme (plusieurs réponses possibles)	414
Tableau A 4. 27 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon la perception des symptômes du <i>paludisme/sibidu</i>	415
Tableau A 4. 28 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon la perception des symptômes du <i>paludisme/sibidu</i>	416
Tableau A 4. 29 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon la perception des modes de traitements efficaces du <i>paludisme/sibidu</i>	417
Tableau A 4. 30 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon la perception des modes de traitements efficaces du <i>paludisme/sibidu</i>	418
Tableau A 4. 31 : Attitude en matière de discussion de contraception : discussion au sein du couple ou non	418
Tableau A 4. 32 : Attitude au regard des visites prénatales réalisées au cours de la dernière grossesse.....	418
Tableau A 4. 33 : Attitude au regard de l'utilisation de moustiquaires au sein du ménage... 419	
Tableau A 4. 34: Raisons évoquées pour expliquer la non utilisation de moustiquaires imprégnées au sein du ménage (N=831) (plusieurs réponses possibles)	419
Tableau A 4. 35 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon les attitudes par rapport à l'offre de soins biomédicale.....	419
Tableau A 4. 36 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon attitudes par rapport à l'offre de soins biomédicale.....	420

Tableau A 4. 37 : Propension des mères biologiques, des pères et des personnes autres à discuter de santé	420
Tableau A 4. 38 : Identité des personnes avec qui se font les échanges sur les questions de santé des mères, des pères et des personnes autres (plusieurs réponse possibles)	421
Tableau A 4. 39 : Source d'informations sur le paludisme des mères, des pères et des personnes autres (plusieurs réponse possibles)	421
Tableau A 4. 40: Relation entre l'exposition de la mère et du père de l'enfant aux sources institutionnelles d'informations et les représentations et connaissances du <i>paludisme/sibidu</i>	421
Tableau A 4. 41: % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon les attitudes en matière de santé	422
Tableau A 4. 42 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon les attitudes en santé	423
Tableau A 4. 43: Caractéristiques théoriques du schéma décisionnel pour soigner un enfant malade pour la mère, le père et les personnes autres (%)	423
Tableau A 4. 44 : Lieu d'approvisionnement des médicaments achetés pour être conservés dans le cadre d'une pharmacie à domicile (plusieurs réponses possibles) (N=710).....	424
Tableau A 4. 45 : Intensité de l'activité thérapeutique (soins à domicile et recours externes réalisés) selon les stratégies de planification des moyens thérapeutiques, le sexe de l'enfant, l'âge de l'enfant, son statut d'allaitement et la différence d'âge entre les parents	424
Tableau A 4. 46 : Identité de la personne à qui le père confie l'argent en cas d'absence.....	424
Tableau A 4. 47 : Implication de la mère et des personnes autres dans la prise en charge de la maladie selon que le budget pour soigner les enfants est été confié à la mère ou non ..	424
Tableau A 4. 48: % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon différentes caractéristiques socio-démographiques.....	426
Tableau A 4. 49: % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon différentes caractéristiques socio-démographiques	427
Tableau A 4. 50 : Nature du premier et du second recours externe selon le sexe de l'enfant	428

Tableau A 4. 51 : Conditions de prise en charge du soin à domicile selon le sexe de l'enfant	428
Tableau A 4. 52 : Conditions de prise en charge des recours externes selon le sexe de l'enfant	428
Tableau A 4. 53 : Distribution des enfants selon leur âge en années révolues (n=902)	428
Tableau A 4. 54 : Distribution des enfants selon leur âge et leur statut d'allaitement.....	429
Tableau A 4. 55 : Caractéristiques de la prise en charge des recours externes de l'enfant malade selon son statut d'allaitement.....	429
Tableau A 4. 56 : Répartition des enfants selon le rang de naissance.....	429
Tableau A 4. 57 : Répartition des rôles pour les recours externes selon le rang de naissance de l'enfant malade.....	430
Tableau A 4. 58 : Âges moyens et médians en années des personnes interrogées	430
Tableau A 4. 59 : Pratique de massages et de prières dans le cadre des soins à domicile selon l'âge du père.....	430
Tableau A 4. 60 : Statut matrimonial des parents des enfants malades	430
Tableau A 4.61 : Distribution de la mère, du père et des autres personnes interrogées selon leur capacité à écrire une lettre, leur expérience d'un séjour d'au moins de 4 mois à Dakar, leur expérience d'un séjour de plusieurs années à Dakar, leur activité de saison sèche, leur statut d'apprentissage et l'appartenance à une association	431
Tableau A 4. 62 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon différentes caractéristiques socio-démographiques.....	432
Tableau A 4. 63 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon différentes caractéristiques socio-démographiques	433
Tableau A 4. 64 : Confession religieuse de la mère et du père de l'enfant.....	434
Tableau A 4. 65 : Niveaux de mortalité infanto juvénile selon l'ethnie au Sénégal pour la période 1960-1972 (Source : Akoto, 1993, p.55).....	434
Tableau A 4. 66 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon les caractéristiques économiques des ménages et la morphologie de la cellule familiale	435
Tableau A 4. 67 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide	

selon les caractéristiques économiques des ménages et la morphologie de la cellule familiale.....	436
Tableau A 4. 68 : Stratégie de planification des moyens thérapeutiques selon la taille du ménage	437
Tableau A 4. 69 : Activité thérapeutique selon la morphologie de la concession	437
Tableau A 4. 70 : Pratiques thérapeutiques selon le niveau économique du ménage.....	437
Tableau A 4. 71 : Part de ménages pauvres selon la morphologie de la cellule familiale	438
Tableau A 4. 72 : Répartition des ménages selon le nombre d’habitants des différentes classes d’âge	439
Tableau A 4. 73 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon la structure par âge du ménage.....	440
Tableau A 4. 74 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon la structure par âge du ménage	441
Tableau A 4. 75: % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon la nature des liens entre les membres du ménage	442
Tableau A 4. 76 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon la nature des liens entre les membres du ménage	443
Tableau A 4. 77 : Nature du premier recours externe selon la composition de la cellule familiale.....	443
Tableau A 4. 78 : Perception du niveau de morbidité dans la cuisine par la mère de l’enfant	443
Tableau A 4. 79 : Répartition des concession selon la présence simultanée d’un autre enfant malade au cours de la maladie enquêtée	444
Tableau A 4. 80: % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon le contexte morbide	444
Tableau A 4. 81 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon le contexte morbide.....	444

Tableau A 4. 82 : Nature des médicaments administrés en soin à domicile dans le cadre de l'épisode morbide précédent	445
Tableau A 4. 83 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon les soins reçus dans le cadre de l'épisode morbide précédent.....	445
Tableau A 4. 84 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon les soins reçus dans le cadre de l'épisode morbide précédent	446
Tableau A 4. 85 : Activité thérapeutique dans le cadre de la maladie enquêtée en fonction de l'activité thérapeutique au cours de l'épisode morbide précédent	446
Tableau A 4. 86: Caractéristiques de la prise en charge de l'enfant malade en fonction de la perception de la cause de la maladie	446
Tableau A 4. 87 : Observance de la posologie d'administration de chloroquine dans le cadre des soins à domicile, après consultation en structure sanitaire et propension à retourner consulter en structure sanitaire selon différentes caractéristiques	447
Tableau A 4. 88 : Attitude biomédicale en fonction de caractéristiques socio-démographiques	448
Tableau A 5. 1 : Activité thérapeutique selon la distance aux principales pistes sillonnant les villages enquêtés et à la structure sanitaire la plus proche	448
Tableau A 5. 2 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon la distance aux principales pistes et aux structures sanitaires	448
Tableau A 5. 3 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon la distance aux structures sanitaires	449
Tableau A 5. 4 : Distance moyenne séparant la concession d'habitat à la structure sanitaire la plus proche selon la nature des soins pratiqués.....	449
Tableau A 5. 5 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon différentes caractéristiques du village d'habitat.....	450
Tableau A 5. 6 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon différentes caractéristiques du village d'habitat	451

Tableau A 5. 7 : % d'enfants n'ayant reçu aucun soin à domicile, plusieurs soins à domicile et ayant réalisé plusieurs recours externes en fonction de différentes caractéristiques du village d'habitat.....	452
Figure A 1. 1 : Répartition de la mortalité par âge et par région du monde (Source : WHR, 2003).....	453
Figure A 1. 2 : Part du paludisme dans les consultations en structure sanitaire (Source : WHR 2003 - Afro routine Health Information Data for 1998-2001)	454
Figure A 1. 3 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans en Afrique (Source : WHR-2003 / DHS).....	454
Figure A 1. 4: Schéma du modèle de Kroeger (Kroeger, 1983, p.149)	455
Figure A 1. 5: Adaptation du modèle des croyances relatives à la santé (Source : Godin, 1988)	456
Figure A 1. 6 : Adaptation de la théorie de l'action raisonnée de Ajzen et Fishbien (Source : Godin, 1988).....	457
Figure A 1. 7: Théorie des comportements interpersonnels (Source : Godin, 1988).....	458
Figure A 2. 1: Schéma du cycle de reproduction des parasites responsables du paludisme ..	459
Figure A 4. 1 : Répartition des variables caractérisant les ménages sur le plan des biens et équipements possédés	460
Figure A 5. 1: Répartition des ménages selon la distance aux principales pistes (N=900) ...	458
Figure A 5. 2 : Répartition des ménages selon la distance à la structure sanitaire la plus proche (N=900).....	459
Figure A 7. 1: Part des enfants fébriles recevant de la chloroquine ou un autre anti-malarique (Source : WHR, 2003 / MICS et DHS).....	462

11.2 Tableaux annexes

Tableau A 2. 1 : Pluviométrie mensuelle à Niakhar de 1982 à 2002 en millimètres

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
1982	0	0	0	0	0	0	124	238	89	33	0	0	483
1983	0	0	0	0	0	42	18	174	65	0	0	0	300
1984	0	0	0	0	0	76	66	138	111	6	0	0	396
1985	0	0	0	0	0	36	55	116	143	10	0	0	360
1986	0	0	0	0	0	75	23	74	153	35	0	0	361
1987	0	0	0	0	0	5	83	152	180	82	0	0	503
1988	0	0	0	0	0	34	16	207	203	16	0	0	476
1989	0	0	0	0	0	69	181	172	42	4	0	0	468
1990	0	0	0	0	0	25	45	172	84	10	0	0	336
1991	0	0	0	0	0	0	57	87	115	65	0	0	324
1992	0	0	0	0	0	19	93	204	69	21	0	0	405
1993	0	0	0	0	0	1	80	264	168	3	0	0	516
1994	0	0	0	0	0	23	95	259	81	26	0	0	483
1995	0	0	0	0	0	66	83	295	179	24	0	0	647
1996	0	0	0	0	0	11	81	165	138	42	0	0	437
1997	0	0	0	0	0	69	71	159	103	16	0	0	418
1998	0	0	0	0	0	6	47	196	147	38	0	0	435
1999	0	0	0	0	15	20	112	224	160	60	0	0	576
2000	0	0	0	0	0	1	62	305	106	97	0	0	571
2001	0	0	0	0	0	0	203	185	129	29	7	0	553
2002	52	0	0	0	0	17	8	144	95	36	0	0	351

Tableau A 2. 2: Définition des régions d'endémicité palustre

Niveau d'endémicité	Indice splénique	Indice plasmodique
Hypo endémique	< 10 %	< 25 %
Méso endémique	11 à 50 %	26 à 50 %
Hyper endémique	51 à 75 %	51 à 75 %
Holo endémique	> 75 %	> 75 %

Tableau A 2. 3 : Pourcentage de sujets hébergeant le parasite en fonction du mois et de la classe d'âge (Niakhar, 1995)

	% de sujets portant le parasite
Février 95	
0-4 ans	36,4
5-9 ans	56,3
10-14 ans	51,7
> 14 ans	29,8
Juin 95	
0-4 ans	33,2
5-9 ans	48,8
10-14 ans	30,8
> 14 ans	14,3
Novembre 95	
0-4 ans	79,1
5-9 ans	86,2
10-14 ans	85,9
> 14 ans	64,8

Tableau A 2. 4 : Fiche récamal du questionnaire

Jours de maladie		Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7	Jour 8	Jour 9	Jour10
R5	Jours de la semaine										
Symptômes de la maladie de l'enfant	R6 Comment était la fièvre ?	- ± +	- ± +	- ± +							
	R7 L'enfant a-t-il vomi ?	0 1 2 +	0 1 2 +	0 1 2 +							
	R8 L'enfant était-il allongé ?	O - N	O - N	O - N							
	R9 Maux de Tête										
	R10 Gonflements, mal de côte										
	R11 Autre symptôme :										
	R12 Vers la guérison										
Auto-médication : soins internes à la concession	R13 Médicaments, Comprimés										
	R14 Massages, lavements										
	R15 Tisanes, Aliments sp.										
	R16 Libations, amulettes										
	R17 Enveloppement frais										
Recours externe	R18 Visite Dispensaire										
	R19 Visite Guérisseur										

Tableau A 2. 5 : Durée de la maladie pour les épisodes terminés par une guérison

Jour de guérison	%	% Cumulé	N
2	4,8	4,8	34
3	27,0	31,9	190
4	30,7	62,6	216
5	13,5	76,1	95
6	8,8	84,9	62
7	6,0	90,9	42
8	4,7	95,6	33
9	2,0	97,6	14
10	2,4	100	17
Ensemble	100,0		703

Tableau A 2. 6 : Durée de la maladie pour les épisodes morbides non terminés au passage de l'enquêteur

Durée en Jours	%	N
6	11,9	23
7	19,6	38
8	13,9	27
9	17,5	34
10	9,3	18
11	5,7	11
12	2,1	4
13	1,5	3
14	7,7	15
15	2,1	4
16	2,6	5
17	3,1	6
18	3,1	6
Ensemble	100	194

Tableau A 3. 1: Origine de la connaissance du soin traditionnel pratiqué à domicile en première et en seconde instance par la mère, le père et les autres personnes

	%	N
Expérience personnelle	40,0	291
Apprentissage au sein de la concession	35,4	258
Conseil d'agent médical ou de campagne d'information	7,6	55
Conseil de guérisseur ou de vendeur	2,1	15
Autre source de connaissance	15,0	109
Total	100	728

Tableau A 3. 2 : Distribution du second soin à domicile selon la nature du premier soin à domicile (%)

	Meds (n=60)	Mas (n=224)	Alsp (n=82)	Env. fr. (n=74)	Prières (n=19)	Total (n=458)
Médicaments en SAD1 (n=279)	2,2	68,8	12,9	12,2	3,9	100
Massages en SAD1 (n=120)	29,2	5,0	31,7	30,0	4,2	100
Aliments en SAD1 (n=30)	30,0	43,3	6,7	13,3	6,7	100
Envelop. frais en SAD1 (n=24)	41,7	37,5	20,8	0	0	100
Prières en SAD1 (n=5)	0	80,0	20,0	0	0	100
Totaux SAD1 (n=458)	13,1	48,9	17,9	16,2	3,9	100

Tableau A 3. 3 : Conditions d'ingestion des comprimés de chloroquine en soin à domicile, au regard des doses de posologie et de la durée de traitement

	Non recommandé	Recommandé	Total
Posologie	49	51	100
Durée	68	32	100
Traitement	81	19	100

Tableau A 3. 4 : Nature des soins à domicile pratiqués le premier jour de maladie, le second jour de maladie et du troisième au septième jour de maladie

	Premier jour		Deuxième jour		Jours 3 à 7		Total	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Médicaments	39,7	500	46,6	48	26,3	26	39,3	574
Massages	34,2	431	14,6	15	29,3	29	32,5	475
Aliments spéciaux	12,4	156	26,2	27	26,3	26	14,3	209
Envelop. frais	11,4	143	8,7	9	9,1	9	11,0	161
Prières	2,2	28	1,9	2	2,0	2	2,2	32
Total	100	1259	100	103	100	99	100	1461

Tableau A 3. 5 : Jour de mise en œuvre de la consultation selon la nature du recours externe

	Poste de santé		Case de Santé		Recours traditionnel	
	%	N	%	N	%	N
Jour 1	17,4	24	35,0	21	31,3	51
Jour 2	31,9	44	26,7	16	28,2	46
Jour 3	22,5	31	15,0	9	11,7	19
Jours 4 et plus	28,3	39	23,3	14	28,8	47
Total	100	138	100	60	100	163

Tableau A 3. 6: Coût moyen et sommes moyenne mobilisée en Francs CFA pour l'ensemble des recours externes selon la nature du recours externe

	Coût des soins			Somme mobilisée		
	Moyenne	σ	N	Moyenne	σ	N
Poste de santé	1342	987	117	1789	1851	110
Case de santé	722	632	53	845	987	48
Traditionnel	177	169	135	290	703	117
Total	720	564	309	986	1485	275

Tableau A 3. 7: Distribution en catégories de la somme mobilisée en Francs CFA selon la nature du premier recours externe

	Poste de santé		Case de santé		Traditionnel		Total	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Rien	7,1	8	8,2	4	16,2	19	1,4	31
Moins de 101 Francs	0,9	2	2,0	1	41,9	49	11,1	51
De 101 à 500 Francs	6,2	7	44,9	22	33,3	39	18,3	68
De 501 à 1 500 Francs	50,4	57	36,7	18	6,0	7	24,4	82
Plus de 1 500 Francs	32,7	37	6,1	3	2,6	7	29,4	43
NSP	2,7	3	2,0	1	0,0	0	15,4	4
Total	100	113	100	49	100	117	100	279

Tableau A 3. 8 : Répartition de la somme mobilisée en Francs CFA en fonction de la somme dépensée pour le premier recours externe (%)

	Gratuit	Moins de 100 Francs	101 à 500 Francs	501 à 1500 Francs	Plus de 1500 Francs	Totaux
	Aucune somme (n=33)	60,6	9,1	18,2	6,1	6,1
De 0 à 100 Francs (n=48)	6,3	89,6	4,2	0	0	100
De 101 à 500 Francs (n=67)	4,5	6,0	76,2	11,9	1,5	100
De 501 à 1500 Francs (n=80)	1,3	2,5	13,8	73,8	8,8	100
Plus de 1500 Francs (n=42)	0	4,8	7,1	42,9	45,2	100

Tableau A 3. 9: Coût moyen en Francs CFA du premier recours externe selon la nature et le délai de recours en jours

	Moins de trois jours de maladie			Plus de deux jours de maladie		
	Moyenne	Ecart type	N	Moyenne	Ecart type	N
Poste de santé	1 295	909	56	1422	1155	47
Case	720	534	29	774	917	17
Guérisseur	179	192	72	169	154	26
Total	680	512	160	938	822	91

Tableau A 3. 10: Somme moyenne mobilisée en Francs CFA selon le délai de recours en jours

	Moins de trois jours de maladie			Plus de deux jours de maladie		
	Moyenne	σ	N	Moyenne	σ	N
Médical	1293	1454	90	1780	1938	68
Traditionnel	266	603	83	348	908	34
Total	800	1238	173	1302	1795	102

Tableau A 3. 11 : Identité de la personne ayant répondu au questionnaire Mère et au questionnaire Père

	Questionnaire Mère		Questionnaire Père	
	%	N	%	N
Parent biologique	89,5	807	89,2	639
Grand-parent maternel	4,2	38	0,8	6
Grand-parent paternel	2,0	18	0,3	2
Fratrie de la mère	0,7	6	1,5	11
Fratrie du père	0,8	7	6,4	46
Co-épouse de la mère	0,6	5	0	-
Autres	2,3	21	1,7	12
Ensemble	100	902	100	716

Tableau A 3. 12: Distribution de l'identité des répondants aux questionnaires *autres*

	%	N
Mère du père	37,4	77
Mère de la mère	11,7	24
Père du père	4,9	10
Père de la mère	1,9	4
Frère du père	11,7	24
Frère de la mère	4,4	9
Sœur du père	1,5	3
Sœur de la mère	1,9	4
Epouse frère du père	3,4	7
Autres liens de parenté	21,4	44
Ensemble	100	206

Tableau A 3. 13 : Personne ayant proposé les soins à domicile et les recours externes selon leur rang de pratique

	Soins à domicile				Recours externe			
	Rang 1		Rang 2		Rang 1		Rang 2	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Mère	73,2	601	77,1	354	51,4	150	39,4	26
Père	12,7	104	6,5	30	29,4	86	22,7	15
Grand-mères	5,7	47	8,9	41	11,0	32	21,2	14
Autres personnes	8,4	69	7,4	34	8,2	24	16,7	11
Total	100	821	100	459	100	292	100	66

Tableau A 3. 14 : Identité de la personne ayant proposé le second soin à domicile selon l'identité de la personne ayant proposé le premier soin à domicile

		Personne à domicile			
		Mère propose SAD2	Père propose SAD2	Autres propose SAD2	Total
Mère propose	N	295	12	40	347
SAD1	%	85,0	3,5	11,5	100
Père propose	N	33	15	5	53
SAD1	%	62,3	28,3	9,4	100
Autres propose	N	26	3	30	59
SAD1	%	44,1	5,1	51,0	100

Tableau A 3. 15 : Schéma décisionnel pour les soins à domicile et les recours externes selon la nature des actes thérapeutiques pratiqués

		Concertation	Décision seule	Total
Med	N	235	248	483
	%	48,7	51,3	100
Autres SAD	N	140	199	339
	%	41,3	58,7	100
Total	N	375	447	822
	%	45,6	54,4	100
Poste de santé	N	92	26	118
	%	78,0	22,0	100
Case de santé	N	34	20	54
	%	63,0	37,0	100
Recours traditionnel	N	126	46	172
	%	73,3	26,7	100
Total	N	204	88	292
	%	69,9	30,1	100

Tableau A 3. 16: Distribution du schéma décisionnel pour le premier recours externe selon la personne ayant proposé le recours

		Recours médical			Recours traditionnel		
		Concertation	Décision seule	Total	Concertation	Décision seule	Total
Mère	N	42	30	72	43	35	78
	%	58,3	41,7	100	55,1	44,9	100
Père	N	58	11	69	11	6	17
	%	84,1	15,9	100	64,7	35,3	100
Autres	N	26	5	31	24	1	25
	%	83,9	16,1	100	96,0	4,0	100
Total	N	126	46	172	78	42	120
	%	73,3	26,7	100	65,0	35,0	100

Tableau A 3. 17: Répartition des personnes associées à la décision du premier soin à domicile et du premier recours externe selon la personne ayant proposé le soin

		Mère		Père		Autres	
		%	N	%	N	%	N
Soins à domicile	Mère (n=205)	-----		82,4 %	169	22,0	45
	Père (n=84)	98,8	83	-----		7,1	6
	Autres (n=85)	84,7	72	27,1	23	12,9	11
Recours externe	Mère (n=85)	-----		78,8	67	32,9	28
	Père (n=69)	94,2	65	-----		20,3	14
	Autres (n=50)	80,0	40	36,0	18	30,0	15

Tableau A 3. 18 Délai moyen en jours pour le premier recours externe selon la personne proposant le recours et le schéma décisionnel

		Ensemble			Recours biomédicaux			Recours traditionnels		
		Délai	σ	N	Délai	σ	N	Délai	σ	N
Mère	Seule	2,2	1,7	35	2,0	1,0	30	2,1	1,4	65
	Concertation	2,5	1,8	43	2,7	1,7	42	2,6	1,7	85
	Ensemble	2,3	1,7	78	2,4	1,5	72	2,4	1,6	150
Père	Seul	1,8	0,8	6	2,4	1,7	11	2,2	1,5	17
	Concertation	1,6	0,7	11	2,6	1,6	58	2,5	1,5	69
	Ensemble	1,7	0,7	17	2,6	1,6	69	2,4	1,5	86
Autres	Seul	4	-	1	3,6	1,5	5	3,7	1,4	6
	Concertation	2,4	1,5	24	2,8	1,3	26	2,6	1,4	50
	Ensemble	2,5	1,5	25	2,9	1,4	31	2,7	1,4	56
Ensemble		2,3	1,6	120	2,6	1,5	172	2,4	1,5	292

Tableau A 3. 19 : Répartition du délai de consultation en jours selon l'identité de la personne ayant proposé le premier recours externe

			Deux premiers jours de maladie	Après deux jours de maladie	Total
Recours biomédicaux	Mère	N	48	24	72
		%	66,7	33,3	100
	Père	N	39	30	69
		%	56,5	43,5	100
Autres	N	13	18	31	
	%	41,9	58,1	100	
Total	N	100	72	172	
	%	58,1	41,9	100	
Recours traditionnels	Mère	N	55	23	78
		%	70,5	29,5	100
	Père	N	15	2	17
		%	88,2	11,8	100
Autres	N	16	9	25	
	%	64,0	36,0	100	
Total	N	86	34	120	
	%	71,7	28,3	100	
Ensemble	Mère	N	103	47	150
		%	68,7	31,3	100
	Père	N	54	32	86
		%	62,8	37,2	100
Autres	N	29	27	56	
	%	51,8	48,2	100	
Total	N	186	106	292	
	%	63,7	36,3	100	

Tableau A 3. 20: Identité de la personne ayant accompagné les recours externes selon le rang de recours

	Recours externe 1		Recours externe 2		Ensemble	
	%	N	%	N	%	N
Mère	69,5	203	63,6	42	68,4	245
Père	15,4	45	15,2	10	15,4	55
Autres personnes	15,1	44	21,2	14	16,2	58
Total	100	292	100	66	100	358

Tableau A 3. 21 : Identité de la personne ayant accompagné le premier recours externe selon la personne l'ayant proposé

		Mère proposant	Père proposant	Autres proposant	Total
Mère accompagnant	N	128	50	25	203
	%	63,1	24,6	12,3	100
Père accompagnant	N	10	26	9	45
	%	22,2	57,8	20,0	100
Autres accompagnant	N	12	10	22	44
	%	27,3	22,7	50,0	100
Total	N	150	86	56	292
	%	51,4	29,5	19,2	100

Tableau A 3. 22 : Coût en francs CFA du premier recours externe selon sa nature et l'identité de la personne ayant emmené l'enfant en consultation

	Recours biomédical		Recours traditionnel		Ensemble	
	Coût	N	Coût	N	Coût	N
Mère accompagnant	1196	100	177	77	753	177
Père accompagnant	1079	29	148	9	859	38
Autres accompagnant	1122	20	196	12	775	32
Total	1163	149	177	98	772	247

Tableau A 3. 23 : Coût en Francs CFA du premier recours externe selon sa nature et l'identité de la personne l'ayant proposé

	Recours biomédical		Recours traditionnel		Ensemble	
	Coût	N	Coût	N	Coût	N
Mère proposant	1182	65	158	64	674	129
Père proposant	1194	61	260	12	1040	73
Autres proposant	1030	23	185	22	617	45
Total	1163	149	177	98	772	247

Tableau A 3. 24 : Origine des médicaments consommés dans le cadre des deux premiers soins à domicile (achetés spécifiquement ou déjà possédés) selon la personne ayant proposé l'automédication

		Médicaments déjà possédés	Médicaments achetés	Total
Mère	N	261	198	459
	%	56,9	43,1	100
Père	N	25	30	55
	%	45,5	54,5	100
Autres	N	14	8	22
	%	63,6	36,4	100
Total	N	300	236	536
	%	56,0	44,0	100

Tableau A 3. 25 : Mobilisation d'une somme pour le premier recours externe selon le schéma décisionnel du premier recours externe

	Décision seule		Décision en concertation		Total	
	%	N	%	N	%	N
Sans argent	9,6	19	17,6	15	12,0	34
Avec somme	90,4	179	82,4	70	88,0	249
Total	100,0	198	100,0	85	100	283

Tableau A 3. 26 : Somme en Francs CFA mobilisée selon l'identité de la personne ayant accompagné le premier recours externe

		Recours biomédical			Recours traditionnel		
		Moins de 1000	1000 et plus	Total	Moins de 1000	1000 et plus	Total
Mère accompagnant	N	38	71	109	89	3	92
	%	34,9	65,1	100	96,7	3,3	100
Père accompagnant	N	5	24	29	9	4	13
	%	17,2	82,8	100	69,2	30,8	100
Autres accompagnant	N	9	14	23	12	1	13
	%	39,1	60,9	100	92,3	7,7	100
Total	N	52	109	161	110	8	118
	%	32,3	67,7	100	93,2	6,8	100

Tableau A 3. 27 : Identité de la personne ayant administré les deux premiers soins à domicile et les deux premiers recours externes

	SAD1		SAD2 2		RE 1		RE 2	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Mère	84,8	696	88,0	404	78,8	167	79,1	34
Père	7,4	61	2,8	13	9,4	20	11,6	5
Autres personnes	7,8	64	9,2	42	11,8	25	9,3	4
Ensemble	100	821	100	459	100	212	100	43

Tableau A 3. 28 : Identité de la personne ayant administré le traitement selon la personne ayant mis en oeuvre le premier recours externe

	Mère administrant		Père administrant		Autres administrant		Total	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Mère accompagnant	74,2	124	30,0	6	52,0	13	67,5	143
Père accompagnant	13,8	23	65,0	13	0	0	17,0	36
Autres accompagnant	12,0	20	5,0	1	48,0	12	15,6	33
Total	100	167	100	20	100	25	100	212

Tableau A 3. 29 : Identité de la personne ayant répondu au questionnaire mère selon l'âge de l'enfant

	Mère biologique		Tutrice		Total	
	%	N	%	N	%	N
Moins de 4 ans	47,5	383	21,1	20	44,7	403
De 4 ans révolus à 6 ans	26,5	214	33,7	32	27,3	246
De 7 ans révolus à 10 ans	26,0	210	45,3	43	28,1	253
Total	100	807	100	95	100	902

Tableau A 3. 30: Identité de la personne ayant identifié la maladie de l'enfant

	%	N
La Mère identifie la maladie	64,9	585
L'enfant déclare la maladie à la Mère	29,2	263
La maladie est déclarée ou identifiée par une autre personne	6,0	54
Total	100	902

Tableau A 3. 31: Schéma décisionnel pour les soins à domicile et les recours externes de rangs 1 et 2 selon la personne ayant proposé le soin

		Mère		Père		Autres personnes		Total	
		%	N	%	N	%	N	%	N
Soins à domicile	Seul	65,7	627	18,8	25	22,5	43	54,3	695
	Discussion	34,3	328	81,2	108	77,5	148	45,7	584
	Total	100	955	100	133	100	191	100	1279
Recours externes	Seul	40,9	72	21,8	22	12,3	10	29,1	104
	Discussion	59,1	104	78,2	79	87,7	71	70,9	254
	Total	100	176	100	101	100	81	100	358

Tableau A 4. 1: Répartition des enfants selon les symptômes des dix premiers jours de maladie (%)

	Jour 1 N=902	Jour 2 N=902	Jour 3 N=868	Jour 4 N=677	Jour 5 N=460	Jour 6 N=364	Jour 7 N=285	Jour 8 N=212	Jour 9 N=142	J. 10 N=102
Fièvre faible	0,2	9,2	37,4	51,1	46,1	44,5	40,7	36,8	40,9	37,3
Fièvre Moyenne	6,3	50,4	41,8	31,2	34,6	36,8	39,7	38,7	38,7	30,4
Fièvre forte	93,5	40,4	20,7	17,7	19,4	18,7	19,7	24,5	20,4	32,4
1 à 2 vomissements	19,7	8,5	4,7	4,7	4,4	5,0	6,0	6,6	2,8	2,0
Vom. intenses	26,3	9,1	4,0	2,8	3,3	3,9	2,1	1,9	3,5	4,0
Indisposition	96,2	70,7	42,7	28,2	38,8	34,3	34,7	37,7	39,4	41,2
Mal de tête	73,5	6,8	29,0	15,7	18,3	20,1	21,1	21,2	19,7	21,6
Gonflements	2,3	2,0	1,7	1,6	1,5	1,9	2,5	2,4	2,8	2,0
Douleur corporelle	13,8	8,9	5,1	3,7	3,0	3,6	4,2	3,3	3,5	2,0
Diarrhée	11,1	9,5	7,1	16,9	7,0	7,1	8,1	8,0	12,0	8,8
Problèmes cutanés	2,3	1,8	1,7	1,8	2,2	2,2	2,8	3,3	4,2	3,9
Probl. respiratoires	7,4	7,7	7,0	19,6	7,2	8,0	3,5	8,5	8,5	7,8
Fatigue	1,0	1,0	4,6	1,8	8,7	1,1	1,4	0,9	1,4	2,0
Yeux	1,8	1,3	0,9	3,1	0,4	1,4	0,7	0,5	0	1,0
Convulsions	1,0	0,6	0,4	0,3	0	0	0	0	0	0

Tableau A 4. 2 : Durée de la maladie pour les épisodes morbides terminés par une guérison (N=703)

Jour de guérison	%	% cumulés	N
2	4,8	4,8	34
3	27,0	31,9	190
4	30,7	62,6	216
5	13,5	76,1	95
6	8,8	84,9	62
7	6,0	90,9	42
8	4,7	95,6	33
9	2,0	97,6	14
10	2,4	100	17

Tableau A 4. 3 : Durée en jours de la maladie pour les épisodes morbides non terminés au passage de l'enquêteur (N=194)

Durée en Jours	%	% cumulé	N
5	2,1	2,1	4
6	9,8	11,9	19
7	19,6	31,4	38
8	13,9	45,4	27
9	17,5	62,9	34
10	9,3	72,2	18
11	5,7	77,8	11
12	2,1	79,9	4
13	1,6	81,4	3
14	7,7	89,2	15
15	2,1	91,2	4
16	2,6	93,8	5
17	3,1	96,9	6
18	2,1	99,0	4
20	0,5	99,5	1
22	0,5	100,0	1

Tableau A 4. 4 : Durée moyenne de maladie en jours pour les épisodes terminés par une guérison selon les symptômes de l'enfant les deux premiers jours de maladie

	Durée moyenne	σ	N
Fièvre forte Jour 1	4,6	1,8	660
Fièvre forte Jours 1 et 2	5,4	1,8	262
Vomissements Jour 1	4,8	1,9	334
Vomissements Jours 1 et 2	5,4	1,9	98
Indisposition Jour 1	4,6	1,8	680
Indisposition Jours 1 et 2	4,8	1,8	487
Céphalées Jour 1	4,5	1,8	528
Céphalées Jours 1 et 2	4,7	1,7	391
Ensemble	4,6	1,8	707

Tableau A 4. 5 : Proportion d'épisodes morbides guéris le troisième jour de maladie selon les symptômes présents les deux premiers jours de maladie

Symptômes continus Jours 1 et 2	%	N	Test du Chi2
Fièvre forte	7,6	262	***
Vomissements	11,2	98	***
Indisposition	20,7	487	***
Céphalées	25,8	391	***
Fièvres et Vomissements	4,2	72	***
Fièvres et Indisposition	6,6	243	***
Fièvres et céphalées	8,3	144	***
Vomissements et Indisposition	8,6	93	***
Vomissements et céphalées	7,3	55	***
Indisposition et céphalées	19,6	286	***
Pas vomissements et fièvre non forte	47,0	419	***
Ensemble	31,8	707	

*** Significatif à 1 % ; ** Significatif à 5 % ; *significatif à 10 % ; ns non significatif à 10 %

Tableau A 4. 6 : Statut de guérison de l'enfant au quatrième jour de maladie selon la réalisation d'un recours biomédical (%)

	Pas de recours biomédical	Recours biomédical	Total
Malade au quatrième jour de maladie (n=462)	71,0	29,0	100
Guéri au quatrième jour de maladie (n=440)	86,1	13,9	100
Total (n=902)	78,4	21,6	100

Tableau A 4. 7 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux selon les symptômes présentés par l'enfant

	Médicament	Chloroquine	Paracétamol	Env. frais	Aliments sp.	N
Intensité de la fièvre	ns	*	ns	*	***	902
Forte (jour1)	59,7	11,6	25,0	13,5	15,7	843
Faible	57,6	3,4	28,8	5,1	28,8	059
Intensité de la fièvre	***	ns	ns	**	**	902
Forte (Jours 1 et 2)	54,1	10,0	23,7	16,5	20,8	351
Faible / Modérée	63,0	11,8	26,3	10,7	13,8	551
Vomissements	ns	Ns	**	ns	ns	902
Oui (jour 1)	60,7	11,3	28,4	13,0	18,1	415
Non	58,5	10,9	22,6	12,9	15,2	487
Vomissements	ns	ns	ns	ns	ns	902
Oui (Jours 1 et 2)	61,4	10,6	28,8	10,6	19,7	132
Non	59,2	11,2	24,7	13,4	16,0	770
Indisposition	ns	ns	ns	ns	***	902
Oui (Jours 1 et 2)	59,2	11,4	25,1	13,1	19,3	633
Non	60,2	10,4	25,7	12,6	10,0	269
Douleurs corporelles	ns	Ns	Ns	ns	**	902
Oui (Jour 1)	57,2	11,3	24,2	16,9	30,0	124
Non	59,9	11,1	25,5	12,3	15,8	778
Asthénie	***	ns	***	**	***	902
Oui (Jours 1 et 2)	36,4	6,8	2,3	2,3	40,9	044
Non	60,7	11,3	26,5	13,5	15,3	858
Mal de côte	ns	*	ns	ns	Ns	902
Oui (Jours 1 et 2)	80,0	26,7	33,3	0	13,3	015
Non	59,2	10,8	25,1	13,2	16,6	887
Diarrhée	Ns	ns	**	Ns	***	902
Oui (Jours 1 et 2)	52,5	9,8	11,5	13,1	31,2	061
Non	60,1	11,2	26,3	13,0	15,5	841
Convulsions	*	ns	**	ns	ns	902
Oui (Jours 1 ou 2)	33,3	8,3	0	16,7	25,0	012
Non	59,9	11,1	25,6	12,9	16,4	890
Céphalées	***	**	***	ns	***	902
Oui (jour 1)	64,4	12,7	29,9	12,7	14,2	663
Non	46,0	6,7	12,6	13,8	23,0	239
Céphalées	***	**	***	ns	ns	902
Oui (Jours 1 et 2)	64,6	13,1	29,9	13,3	15,1	505
Non	53,2	8,6	19,4	12,6	18,4	397

Tableau A 4. 8 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon les symptômes présentés par l'enfant le premier et les deux premiers jours de maladie

	Recours externe	Recours biomédical	Recours traditionnel	Recours biomédical 48 heures	Recours traditionnel 48 heures	N
Intensité de la fièvre	ns	ns	0,1	ns	**	902
Forte (jour1)	32,7	21,6	17,0	12,1	11,0	843
Faible	27,1	21,6	8,5	6,8	1,7	059
Intensité de la fièvre	***	***	***	***	***	902
Forte (Jours 1 et 2)	49,9	34,7	24,2	17,7	15,1	551
Faible / Modérée	21,2	13,3	11,4	8,0	7,4	351
Vomissements	***	***	ns	***	ns	902
Oui (jour 1)	38,1	28,2	17,1	15,2	10,8	415
Non	27,5	16,0	15,8	8,8	10,1	487
Vomissements	***	***	**	***	Ns	902
Oui (Jours 1 et 2)	54,6	44,7	23,5	20,5	12,9	132
Non	29,6	17,7	15,2	10,3	10,0	770
Vomissements intenses	***	***	**	**	*	902
Oui (Jours 1 et 2)	59,7	47,8	26,9	20,9	16,4	067
Non	30,2	19,5	15,6	11,0	9,9	835
Indisposition	Ns	ns	ns	ns	ns	308
Oui (jour 1)	32,4	21,5	16,6	11,8	10,5	868
Non	32,4	23,5	11,8	11,8	8,8	034
Indisposition	***	***	***	***	***	902
Oui (Jours 1 et 2)	38,2	25,8	19,4	13,9	12,2	633
Non	18,6	11,9	9,3	6,7	6,3	269
Diarrhée	***	***	ns	ns	Ns	902
Oui (Jour 1)	47,0	37,0	18,0	16,0	11,0	100
Non	30,6	19,7	16,2	11,2	10,4	802
Diarrhée	***	***	ns	ns	Ns	902
Oui (Jours 1 et 2)	49,2	41,0	19,7	11,5	11,5	061
Non	31,2	20,2	16,2	11,8	10,3	841
Convulsions	***	***	***	***	***	902
Oui (Jour 1 ou 2)	91,7	66,7	58,3	66,7	33,3	012
Non	31,6	21,0	15,8	11,0	10,1	890
Céphalées	***	***	*	**	ns	902
Oui (jour 1)	29,1	18,6	15,1	10,3	10,0	663
Non	41,4	30,1	20,1	15,9	11,7	239
Céphalées	ns	ns	ns	ns	ns	902
Oui (Jours 1 et 2)	31,5	20,6	15,6	10,9	9,9	505
Non	33,5	22,9	17,4	12,9	11,1	397

Tableau A 4. 9 : Propension à faire un recours biomédical et un recours traditionnel le troisième, le quatrième et le cinquième jour de maladie selon la symptomatologie la veille et le jour même (%)

	Jour 3			Jour 4			Jour 5		
	Bio	Tr.	N	Bio	Tr.	N	Bio	Tr.	N
Fièvre le jour du recours	***	***	868	***	***	677	***	***	460
Forte	15,6	5,0	180	16,7	8,3	120	9,0	3,4	89
Faible/Morbidité	1,7	1,5	688	0,5	1,3	557	1,9	0,3	371
Fièvre la veille du recours	***	Ns	868	***	**	677	**	Ns	460
Forte	8,3	3,0	364	10,1	5,0	179	6,7	1,7	119
Faible / Modérée	2,0	1,6	504	1,0	1,6	498	2,1	0,6	341
Vomisse. le jour du recours	**	ns	868	***	**	677	***	***	460
Oui	9,2	2,6	76	15,7	7,8	51	11,4	5,7	35
Non	4,2	2,2	792	2,4	2,1	626	2,6	0,5	425
Vomisse. la veille du recours	***	ns	868	*	*	677	**	***	460
Oui	9,4	1,9	159	6,7	5,3	75	8,3	4,2	48
Non	3,5	2,3	709	3,0	2,2	602	2,7	0,5	412
Indisposition le jour du recours	***	***	868	***	***	677	***	*	460
Oui	10,0	3,8	371	11,5	6,8	191	8,0	2,0	151
Non	0,6	1,0	497	0,2	0,8	486	1,0	0,3	309
Indisposit. la veille du recours	**	ns	868	***	ns	677	**	ns	460
Oui	5,7	2,5	637	5,5	3,3	365	5,3	1,6	189
Non	1,7	1,3	231	1,0	1,6	312	1,9	0,4	271

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 10 : Propension à faire un recours externe, un recours médical et un recours traditionnel en cas de persistance deux jours consécutifs de différents symptômes (%)

	Recours externe	Recours biomédical	Recours traditionnel	N
Intensité de la fièvre	***	***	***	902
Forte	50,7	35,6	24,4	385
Faible / Modérée	18,8	11,2	10,4	517
Vomissements	*	ns	***	902
Oui	38,7	22,6	25,2	155
Non	31,1	21,4	14,6	747
Indisposition	***	***	***	902
Oui	38,5	26,1	19,4	660
Non	15,7	9,5	8,3	242
Céphalées	ns	ns	Ns	902
Oui	32,9	19,7	15,8	76
Non	32,3	21,8	16,5	826

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 11: Propension à administrer un soin à domicile, deux soins à domicile et à réaliser un et plusieurs recours externes selon la symptomatologie de l'enfant le premier et les deux premiers jours de maladie (%)

Variables de Gravité	Aucun soin à domicile	Au moins deux soins à domicile	Au moins un recours externe	Au moins deux recours externe	N
Intensité de la fièvre	Ns	Ns	***	***	902
Faible / Modérée	9,1	49,0	21,2	4,5	551
Forte (continue les 2 premiers jours)	8,6	53,6	49,9	11,7	351
Indisposition	Ns	**	***	***	902
Oui (deux premiers jours)	8,4	53,4	38,2	9,0 %	633
Non	10,0	44,6	18,6	3,4 %	269
Mal de tête	Ns	**	Ns	Ns	902
Oui (deux premiers jours)	7,7	54,3	31,5	6,1	505
Non	10,3	46,4	33,5	8,8	397
Convulsions	Ns	Ns	***	***	902
Oui (au cours des trois premiers jours)	14,3	57,1	85,7	42,9	14
Non	8,8	50,7	31,5	6,8	888
Fièvre forte et céphalées	**	**	***	**	902
Oui (jour 1)	7,5	53,2	29,5	6,1	628
Non	12,0	45,3	39,1	10,2	274
Fièvre forte et vomissement	Ns	Ns	***	***	902
Oui (Jours 1 et 2)	10,1	50,5	58,6	19,2	99
Non	8,7	50,8	29,1	5,9	803
Fièvre forte et indisposition	Ns	Ns	***	***	902
Oui (jours 1 et 2)	9,1	54,0	50,3	12,2	328
Non	8,7	49,0	22,1	4,5	574
Nature de la maladie selon la mère	**	Ns	**	***	902
<i>Sibidu</i>	7,1	51,9	29,1	65,5	536
Autre	11,5	49,2	36,7	9,9	366
Nature de la maladie pour le père	**	ns	**	***	716
<i>Sibidu</i>	7,2	54,0	28,7	5,1	430
Autre	11,9	47,9	35,7	11,2	286
Nature de la maladie pour la mère¹⁶⁴	Ns	Ns	***	***	902
Maladie ou symptôme lié au palud.	8,4	50,9	30,4	6,8	727
Autre maladie ou symptôme	12,3	50,0	45,9	11,0	175

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

¹⁶⁴ Ayant recueilli, le cas échéant, plusieurs réponses, la classe des symptômes autres regroupe les enfants ayant tout type de symptôme non palustre, associé ou non à un diagnostic de symptôme ou d'affection de type palustre

Tableau A 4. 12 : Propension (%) à consommer des médicaments dans le cadre des soins à domicile, de la chloroquine dans le cadre des soins à domicile et à réaliser un recours externe, biomédical et biomédical rapide selon le profil morbide de l'enfant le premier et les deux premiers jours de maladie

	Méds	Chlor.	Recours externe	Recours bio	Recours bio 48 H	N
Fièvre forte et céphalées	***	***	***	***	*	902
Oui (jour 1)	64,3	13,1	29,5	18,6	10,5	628
Non	48,5	6,6	39,1	28,5	14,6	274
Fièvre forte et vomissement	ns	ns	***	***	***	902
Oui (Jours 1 et 2)	61,6	11,1	58,6	48,5	20,2	99
Non	59,3	11,1	29,1	18,3	10,7	803
Fièvre forte et indisposition	***	ns	***	***	***	902
Oui (jours 1 et 2)	53,4	9,8	50,3	35,1	17,7	328
Non	63,1	11,9	22,1	13,9	8,4	574
Fièvre forte + (vom ou ind)	***	Ns	***	***	***	902
Oui (jours 1 et 2)	53,5	9,7	50,2	35,0	17,6	329
Non	63,0	11,9	22,2	14,0	8,4	573

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 13 : Conditions de l'observance des règles d'administration du traitement par chloroquine dans le cadre des soins à domicile et après consultation en centre de santé selon les symptômes de la maladie

	Bonne observance en SAD	N	Bonne observance après RE	N
Fièvre forte + (vom ou ind)	**	100	Ns	61
Oui (jours 1 et 2)	6,3	32	60,0	35
Non	25,0	68	50,0	26
Fièvre forte et céphalées	Ns	100	**	61
Oui (jour 1)	18,3	82	62,0	50
Non	22,2	18	27,3	11
Intensité de la fièvre	**	100	Ns	61
Forte (Jours 1 et 2)	5,7	35	56,8	37
Faible / Modérée	26,2	65	54,2	24
Vomissements	*	100	Ns	61
Oui (Jours 1 et 2)	0	14	47,6	21
Non	22,1	86	60,0	40
Indisposition	*	100	Ns	61
Oui (Jours 1 et 2)	23,6	72	57,1	49
Non	7,1	28	50,0	12

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 14: Perception de la nature de la maladie ayant affecté l'enfant pour la mère de l'enfant, (N=902), son père (N=716) et les autres personnes (N=186)

	Mère		Père		Autres		Total	
	%	N	%	N	%	N	%	N
<i>Sibidu</i>	58,4	527	58,8	421	50,0	93	57,7	1041
Hivernage	9,9	89	12,7	91	16,1	30	11,6	210
Symptômes palustres	18,1	163	11,3	81	17,7	33	15,4	277
Symptômes non palustres	1,3	12	1,5	11	1,1	2	1,4	25
Symptômes indéterminés	0,9	8	0,3	2	1,1	2	0,7	12
Autres maladies	2,9	26	3,4	24	4,8	9	3,3	59
Maladies Séveres	5,3	48	5,5	39	4,8	9	5,3	96
Problèmes de Dentition	2,1	19	2,1	15	2,7	5	2,2	39
Ne sait pas	1,1	10	4,5	32	4,5	3	2,5	45
Total	100	902	100	716	100	186	100	1804

Tableau A 4. 15 : Perception de la cause de la maladie ayant affecté l'enfant pour l'ensemble des répondants

	%	N
Période, hivernage	19,7	356
Moustiques	14,7	266
Croyances séveres	23,2	419
Climat, chaleur	4,3	78
Alimentation	2,5	45
Pluie, eau, hygiène	8,3	149
Dentition, age enfant	3,4	61
Ne sait pas	23,8	430
Total	100	1804

Tableau A 4. 16 : Interprétation de la nature et de la cause de la maladie par la mère de l'enfant selon le profil symptomatique du malade (%)

	Nature de la maladie		Cause de la maladie		N
	<i>Sibidu</i>	Type paludisme	Moustiques	Pangol	
Intensité de la fièvre	**	**	Ns	***	902
Forte (Jours 1 et 2)	54,4	77,2	13,4	8,6	351
Faible / Modérée	62,6	82,8	12,3	3,1	551
Présence vomissements	Ns	*	Ns	Ns	902
Oui	54,6	75,0	12,1	7,6	132
Non	60,2	81,6	12,9	4,8	770
Fièvre forte et céphal.	***	***	Ns	Ns	902
Oui (jour 1)	65,1	83,8	13,5	4,8	628
Non	46,4	73,4	11,0	6,2	274
Fièvre forte et vomis.	Ns	Ns	Ns	*	902
Oui (Jours 1 et 2)	56,6	74,8	13,1	9,1	99
Non	59,8	81,3	12,7	4,7	803
Fièvre forte et indispos.	**	Ns	Ns	***	902
Oui (jours 1 et 2)	54,9	77,7	14,0	9,2	328
Non	62,0	82,2	12,0	3,0	574

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 17: % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon la perception de la cause de la maladie par la mère et le père de l'enfant

	Meds	Chloroq.	Paracét.	Env. fr.	Alsp.	N
Nature de la maladie pour la mère	***	Ns	***	*	***	902
<i>Sibidu</i>	65,3	12,1	31,0	14,6	12,1	536
Autre	51,1	9,6	16,9	10,7	23,0	366
Nature de la maladie pour le père	***	Ns	***	Ns	**	716
<i>Sibidu</i>	64,4	12,3	30,5	15,1	14,2	430
Autre	52,1	11,2	18,5	11,9	20,6	286
Nature de la maladie pour la mère¹⁶⁵	***	Ns	***	Ns	***	902
Maladie ou symptôme lié au pal.	62,7	11,3	28,8	12,8	12,9	727
Autre maladie ou symptôme	46,3	9,4	10,9	14,2	31,4	175
Nature de la maladie pour le père	***	Ns	***	Ns	***	716
Maladie ou symptôme lié au pal.	62,2	12,5	28,9	14,2	13,7	553
Autre maladie ou symptôme	50,3	8,3	14,7	11,9	27,0	163
Cause de la maladie pour la mère	*	**	***	Ns	Ns	902
Moustiques	67,8	16,5	35,7	14,8	13,0	115
Autres	58,3	10,3	23,8	12,7	17,0	787
Cause de la maladie pour la mère	**	Ns	***	Ns	**	902
Moustiques, période, pluie, hygiène	64,1	11,7	30,9	11,7	13,3	376
Autres	56,3	10,7	21,3	13,9	18,8	526
Cause de la maladie pour la mère	Ns	Ns	Ns	**	Ns	902
Action pangol ou malheur	48,9	8,5	19,2	23,4	12,8	47
Autre	60,1	11,2	25,6	12,4	16,7	855
Cause de la maladie pour la mère	Ns	Ns	**	Ns	**	902
Dentition	60,0	8,6	8,6	8,6	28,6	35
Autre	59,5	11,2	26,0	13,2	16,0	867

¹⁶⁵ Ayant recueilli, le cas échéant, plusieurs réponses, la classe des symptômes autres regroupe les enfants ayant tout type de symptôme non palustre, associé ou non à un diagnostic de symptôme ou d'affection de type palustre

Tableau A 4. 18: % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon la perception de la cause de la maladie

	Recours externe	Recours bio	Recours trad	Recours bio 48H	Recours trad 48H	N
Nature de la maladie selon la mère	***	Ns	***	Ns	Ns	902
<i>Sibidu</i>	28,7	20,0	13,3	11,2	9,9	536
Autre	37,7	24,0	21,0	12,6	11,2	366
Nature de la maladie pour le père	**	Ns	***	Ns	*	716
<i>Sibidu</i>	28,8	20,9	12,3	10,2	8,4	430
Autre	36,0	22,0	22,4	12,2	12,6	286
Nature de la maladie pour la mère	***	Ns	**	*	*	902
Maladie ou symptôme lié au pal.	30,3	21,1	15,1	11,1	9,8	727
Autre maladie ou symptôme	48,1	24,0	21,7	17,0	15,1	175
Nature de la maladie pour le père	**	Ns	***	Ns	Ns	716
Maladie ou symptôme lié au pal.	30,0	20,1	14,3	10,9	10,1	553
Autre maladie ou symptôme	41,3	25,8	23,3	11,9	10,1	163
Cause de la maladie pour la mère	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Moustiques	33,0	19,1	16,5	13,0	14,8	115
Autres	32,3	22,0	16,4	11,6	9,8	787
Cause de la maladie pour la mère	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Moustiques, période, pluie, hygiène	30,3	20,0	14,6	12,2	11,4	376
Autres	33,8	22,8	17,7	11,4	9,7	526
Cause de la maladie pour la mère	***	**	***	Ns	***	902
Action pangol ou malheur	76,6	34,0	68,1	17,0	34,0	47
Autre	29,9	20,9	13,6	11,5	9,1	855
Cause de la maladie pour la mère	**	**	Ns	Ns	Ns	902
Dentition	48,6	37,1	20,0	8,6	11,4	35
Autre	31,7	21,0	16,2	11,9	10,4	867

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 19 : Somme moyenne mobilisée pour le premier recours externe biomédical selon la symptomatologie de l'épisode morbide le premier et les deux premiers jours de maladie

Variables de Gravité	Somme	σ	N
Intensité de la fièvre	ns	1698	161
Forte (Jours 1 et 2)	1682	1903	98
Faible / Modérée	1286	1294	63
Vomissements	**	1698	161
Oui (Jours 1 et 2)	2033	2406	47
Non	1318	1255	114
Indisposition	ns	1698	161
Oui (Jours 1 et 2)	1610	1771	136
Non	1072	1150	25
Céphalées	ns	1698	161
Oui (Jours 1 et 2)	1724	1858	86
Non	1301	1473	75
Diarrhée	ns	1698	161
Oui (Jours 1 et 2)	1711	1929	23
Non	1496	1662	138
Convulsions	ns	1698	161
Oui (Jour 1 ou 2)	2425	1841	4
Non	1504	1694	157
Fièvre forte et céphalées	ns	1698	161
Oui (jour 1)	1672	1833	95
Non	1318	1472	66
Fièvre forte et vomissement	***	1698	161
Oui (Jours 1 et 2)	2145	2577	38
Non	1336	1270	123
Fièvre forte et indisposition	ns	1698	161
Oui (jours 1 et 2)	1697	1924	93
Non	1294	1308	68

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 20 : Causes déclarées du paludisme pour la mère de l'enfant, son père et les autres personnes (plusieurs réponses possibles)

	Mère		Père		Autres		Total	
	%	N=902	%	N=716	%	N=186	%	N
Moustiques	55,1	497	64,8	464	53,8	100	58,8	1061
Période d'hivernage	33,2	299	30,9	221	29,6	55	31,9	575
Eau	17,7	160	20,4	146	15,1	28	18,5	334
Non liée au palud.	16,0	144	19,0	136	14,0	26	17,0	306
Causes sociales ou divines	15,6	141	14,3	102	18,8	35	15,4	278
Chaud-froid	13,9	125	11,9	85	13,4	25	13,0	235

Tableau A 4. 21 : Perception de la cause du paludisme par les parents de l'enfant

	Mère		Père	
	%	N	%	N
Moustiques exclusivement cause du paludisme	38,0	189	36,0	167
Moustiques associés à au moins une autre cause	62,0	308	64,0	297
Total	100	497	100	464

Tableau A 4. 22 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon la perception de la cause du paludisme/sibidu

	Meds	Chloroq.	Paracet.	Env. fr.	Al. sp.	N
Moustiques seuls mère	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	60,3	11,1	27,5	13,2	19,1	189
Non	59,3	11,1	24,7	12,9	15,9	713
Moustiques seuls père	**	**	Ns	Ns	Ns	716
Oui	66,5	16,2	25,8	12,0	19,2	167
Non	57,4	10,6	25,7	14,4	16,0	549
Dieu seul mère	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	54,6	7,2	23,7	14,4	17,5	97
Non	60,1	11,6	25,5	12,8	16,4	805
Dieu seul père	**	Ns	Ns	**	Ns	716
Oui	45,2	8,1	25,5	22,6	16,5	62
Non	60,9	12,2	27,4	13,0	19,4	654
Moustiques seuls mère ou père	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	63,1	12,0	27,2	13,0	18,9	301
Non	57,7	10,7	24,3	13,0	15,3	601
Dieu seul mère ou père	*	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	52,9	7,9	24,3	15,7	20,0	140
Non	60,8	11,7	25,5	12,5	15,9	762
Perception de la cause parents¹⁶⁶	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Dieu seuls	53,4	7,6	26,3	16,1	19,5	118
Autres causes et avis opposés	58,4	11,3	23,4	12,3	14,7	505
Moustiques seuls	64,2	12,2	28,3	12,9	18,6	279

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

¹⁶⁶ la modalité « dieu seul » est composée des couples où au moins l'un des parents est fataliste, la modalité « moustiques seuls » rassemble les couples où au moins l'un des parents adhère pleinement aux messages sanitaires et la modalité « autres causes et avis opposés » regroupe les parents n'adhérant ni aux deux premiers groupes ou dont les deux parents sont rattachés à un groupe différent.

Tableau A 4. 23 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon la perception de la cause du paludisme/sibidu

	Recours externe	Recours bio	Recours trad	Recours bio 48H	Recours trad 48H	N
Moustiques seuls mère	Ns	**	Ns	**	Ns	902
Oui	36,0	27,5	14,8	16,9	7,4	189
Non	31,4	20,1	16,8	10,4	11,2	713
Moustiques seuls père	Ns	**	Ns	Ns	Ns	716
Oui	35,3	27,0	14,4	13,2	8,4	167
Non	30,6	19,7	16,9	10,4	10,6	549
Dieu seul mère	**	*	*	Ns	**	902
Oui	21,7	14,4	10,3	8,3	3,1	97
Non	33,7	22,5	17,1	12,2	11,3	805
Dieu seul père	Ns	Ns	*	Ns	*	716
Oui	32,2	16,1	24,2	8,1	16,1	62
Non	31,7	21,9	15,6	11,3	9,5	654
Moustiques seuls mère ou père	Ns	***	Ns	**	*	902
Oui	35,6	27,6	14,6	15,0	7,6	301
Non	30,8	18,6	17,3	10,2	11,8	601
Dieu seul mère ou père	**	**	Ns	Ns	Ns	902
Oui	25,0	15,0	15,7	7,9	7,9	140
Non	33,7	22,8	16,5	12,5	10,9	762
Perception de la cause parents	*	***	Ns	**	Ns	902
Dieu seuls	24,6	12,7	14,4	7,6	8,5	118
Autres causes et avis opposés	32,1	20,4	18,2	10,7	12,3	505
Moustiques seuls	36,2	27,6	14,0	15,4	7,9	279

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 24: Schéma décisionnel pour le premier recours externe et somme moyenne mobilisée pour le premier recours biomédical

	Décision sans concertation		Somme moyenne mobilisée pour RE1 biomédical	
	%	N	%	N
Perception de la cause parents	**	292	Ns	161
Dieu seul	41,4	29	877	11
Autres causes et avis opposés	34,0	162	1434	81
Moustiques seuls	20,8	101	1739	69

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 25 : Nature des symptômes associés au paludisme/ *sibidu* par la mère, le père et les personnes autres

	Mère biologique		Père biologique		Autres		Total	
	%	N=807	%	N=639	%	N=358	%	N=1804
Fièvre, frissons	64,6	521	66,0	422	66,2	237	65,4	1180
Fatigue	43,1	348	42,7	273	37,2	133	41,8	754
Mal de tête	21,1	170	26,8	171	26,0	93	24,1	434
Vomissements	24,0	194	21,1	135	25,4	91	23,3	420
Symp Non palustre	21,2	171	21,3	136	21,8	78	21,3	385
Problèmes d'yeux	23,2	187	17,1	109	21,0	75	20,6	371
Autre symp palustre	4,3	35	4,9	31	4,5	16	4,6	82
Symptômes graves	1,9	15	3,9	21	3,9	14	2,8	50

Tableau A 4. 26 : Symptômes de gravité du paludisme (plusieurs réponses possibles)

	Mère N=902		Père N=716		Autres N=186		Total N=1804	
Persistance	378	41,9	268	37,4	64	34,4	710	39,4
Affaiblissement	288	31,9	262	36,6	72	38,7	622	34,5
Symptômes graves	226	25,1	179	25,0	44	23,7	449	24,9
Vomissements	121	13,4	85	11,9	23	12,4	229	12,7
Symptômes classiques	86	9,5	82	11,5	27	14,5	195	10,8
Symptôme non palustre	64	7,1	61	8,5	13	7,0	138	7,7
Problèmes d'ictères	44	4,9	44	6,2	9	4,8	97	5,4

Tableau A 4. 27 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon la perception des symptômes du paludisme/sibidu

	Meds	Chlor.	Parac.	Env. fr.	Al. sp.	N
Symptômes du paludisme mère	Ns	Ns	Ns	*	**	902
Classiques ¹⁶⁷	60,0	11,4	25,3	14,1	15,1	703
Autres	57,8	10,1	25,1	9,1	21,6	199
Symptômes du paludisme père	*	Ns	Ns	Ns	Ns	716
Classiques	61,0	12,4	25,3	13,5	17,2	580
Autres	52,9	9,6	27,2	15,4	14,7	136
Symptômes de gravité mère	Ns	Ns	*	Ns	Ns	902
Gravité ¹⁶⁸	59,8	12,2	28,9	15,2	16,0	343
Autres	59,4	10,4	23,1	11,6	16,8	559
Symptômes de gravité père	Ns	*	Ns	Ns	Ns	716
Gravité	62,5	14,9	27,6	15,3	14,6	261
Autres	57,8	10,1	24,6	13,0	18,0	455
Symptômes du palud. père et mère	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	716
Classiques	61,2	12,9	25,2	15,0	16,5	472
Autres	56,2	9,8	26,6	11,5	17,2	244
Symptômes du palud. père ou mère	Ns	Ns	Ns	Ns	*	902
Classiques	60,1	11,2	25,4	13,1	15,8	811
Autres	55,0	9,9	24,2	12,1	23,1	91
Symptômes de gravité mère ou père	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Gravité	60,0	12,2	26,7	14,1	16,4	483
Autres	59,0	9,8	23,6	11,7	16,7	419

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

¹⁶⁷ Fièvre, frissons, vomissements, céphalées, convulsions ou coma

¹⁶⁸ Vomissements, convulsions, anémie ou coma

Tableau A 4. 28 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon la perception des symptômes du paludisme/sibidu

	Recours externe	Recours Bio	Recours Trad	Recours Bio 48H	Recours Trad 48H	N
Symptômes du paludisme mère	*	*	Ns	*	Ns	902
Classiques	33,9	23,0	16,9	12,8	10,8	703
Autres	27,1	16,6	14,6	8,0	9,1	199
Symptômes du paludisme père	Ns	**	Ns	Ns	Ns	716
Classiques	32,9	22,9	16,9	11,2	10,2	580
Autres	26,5	14,7	14,0	10,3	9,6	136
Symptômes de gravité mère	*	ns	Ns	ns	ns	902
Gravité	35,9	22,7	19,0	13,7	11,7	343
Autres	30,2	20,9	14,9	10,6	9,7	559
Symptômes de gravité père	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	716
Gravité	34,5	23,0	17,6	10,7	10,0	261
Autres	30,1	20,4	15,6	11,2	10,1	455
Symptômes du palud. père et mère	**	**	Ns	Ns	Ns	716
Classiques	34,3	23,9	17,8	12,1	10,8	472
Autres	26,6	16,4	13,5	9,0	8,6	244
Symptômes du palud. père ou mère	ns	*	Ns	Ns	ns	902
Classiques	32,9	22,4	16,4	12,1	10,4	811
Autres	27,5	14,3	16,5	8,8	11,0	91
Symptômes de gravité mère ou père	*	Ns	*	Ns	Ns	902
Gravité	35,2	23,0	18,4	12,6	11,0	483
Autres	29,1	20,1	14,1	10,7	9,8	419

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 29 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon la perception des modes de traitements efficaces du *paludisme/sibidu*

	Meds	Chlor.	Parac.	Env. fr.	Al. sp.	N
Médicaments mère	**	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	67,6	12,5	25,7	8,8	14,7	136
Non	58,1	10,8	25,2	13,7	16,8	766
Médicaments père	**	Ns	Ns	Ns	Ns	716
Oui	69,8	16,4	25,0	11,2	12,9	116
Non	57,5	11,0	25,8	14,3	17,5	600
Structure sanitaire mère	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	59,0	10,8	24,7	13,2	17,1	683
Non	61,2	11,9	26,9	12,3	14,6	219
Structure sanitaire père	Ns	**	Ns	Ns	Ns	716
Oui	57,7	10,3	25,2	13,8	17,4	513
Non	64,0	15,8	27,1	13,8	15,3	203
Thérapeute traditionnel mère	Ns	Ns	*	Ns	Ns	902
Oui	55,3	9,4	17,7	15,3	15,3	85
Non	60,0	11,3	26,1	12,7	16,7	817
Thérapeute traditionnel père	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	716
Oui	56,1	7,3	31,7	14,6	17,1	82
Non	59,9	12,5	24,9	13,7	16,7	634
Soins à domicile traditionnels mère	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	54,6	13,6	22,7	14,8	17,1	88
Non	60,1	10,8	25,6	12,8	16,5	814
Soins à domicile traditionnels père	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	716
Oui	55,0	8,8	23,8	11,3	18,8	80
Non	60,1	12,3	25,9	14,2	16,5	636
Médicaments mère ou père	***	**	Ns	Ns	Ns	902
Oui	70,3	15,3	28,0	10,0	14,4	229
Non	55,9	9,7	24,4	14,0	17,2	673
Structure sanitaire mère ou père	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	58,7	11,3	24,6	13,4	17,1	790
Non	65,2	9,8	30,4	9,8	12,5	112
Thérapeute trad. mère ou père	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	58,2	8,5	26,1	13,7	16,3	153
Non	59,8	11,6	25,1	12,8	16,6	749
Sad traditionnels mère ou père	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	55,1	12,0	23,4	13,3	17,1	158
Non	60,5	10,9	25,7	12,9	16,4	744
Mode de traitement	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Filière traditionnelle ¹⁶⁹	58,1	10,7	25,1	13,1	17,5	291
Soins de type biomédicaux	60,2	11,3	25,4	12,9	16,0	611

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

¹⁶⁹ Nous avons regroupé ici le recours à des thérapeutes traditionnels et les soins à domicile à base d'aliments spéciaux, de massages, d'incantations ou de fumigations.

Tableau A 4. 30 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon la perception des modes de traitements efficaces du *paludisme/sibidu*

	Recours externe	Recours Bio	Recours Trad	Recours Bio 48H	Recours Trad 48H	N
Médicaments mère	**	***	Ns	**	Ns	902
Oui	22,8	10,3	15,4	5,9	11,8	136
Non	34,1	23,6	16,6	12,8	10,2	766
Médicaments père	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	716
Oui	26,7	16,4	15,5	10,3	8,6	116
Non	32,7	22,3	16,5	11,2	10,3	600
Structure sanitaire mère	***	***	Ns	***	Ns	902
Oui	35,1	24,9	16,4	13,5	10,4	683
Non	23,7	11,4	16,4	6,4	10,5	219
Structure sanitaire père	Ns	**	Ns	Ns	Ns	716
Oui	33,3	23,6	16,2	11,9	9,4	513
Non	27,6	15,8	16,8	8,9	11,8	203
Thérapeute traditionnel mère	*	Ns	***	Ns	**	902
Oui	41,2	20,0	31,8	10,6	17,7	85
Non	31,5	21,8	14,8	11,9	9,7	817
Thérapeute traditionnel père	Ns	*	***	Ns	***	716
Oui	34,2	13,4	29,3	6,1	19,5	82
Non	31,4	22,4	14,7	11,7	8,8	634
Soins à domicile tradit. mère	**	***	Ns	**	Ns	902
Oui	22,7	10,2	13,6	4,6	9,1	88
Non	33,4	22,9	16,7	12,5	10,6	814
Soins à domicile tradit. père	**	**	Ns	*	Ns	716
Oui	21,3	11,3	13,8	5,0	11,3	80
Non	33,0	22,6	16,7	11,8	9,9	636

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 31 : Attitude en matière de discussion de contraception : discussion au sein du couple ou non

	%	N
Discute de contraception	9,1	82
Ne discute pas de contraception	77,5	699
Ne connaît pas la contraception	11,1	100
Ne vit pas au contact de son mari	2,3	21
Ensemble	100	902

Tableau A 4. 32 : Attitude au regard des visites prénatales réalisées au cours de la dernière grossesse

	%	N
Aucune	40,6	363
Une	15,9	142
Deux	25,7	230
Plus de deux	15,9	142
NSP	1,9	17
Ensemble	100	894

Tableau A 4. 33 : Attitude au regard de l'utilisation de moustiquaires au sein du ménage

	%	N
L'enfant dort sous moustiquaire	5,8	52
L'enfant ne dort plus mais a déjà dormi sous moustiquaire	1,8	16
L'enfant n'a jamais dormi sous moustiquaire	92,4	831
Total	100,0	899

Tableau A 4. 34: Raisons évoquées pour expliquer la non utilisation de moustiquaires imprégnées au sein du ménage (N=831) (plusieurs réponses possibles)

	%	N
Problèmes financiers	54,4	452
Pas d'intérêt ou manque d'informations	43,0	357
Manque de disponibilité, rupture de stocks et de grandes tailles	5,3	44

Tableau A 4. 35 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon les attitudes par rapport à l'offre de soins biomédicale

	Meds	Chlor.	Parac.	Env. fr.	Al. sp.	N
Discussion planning familial	Ns	Ns	Ns	**	Ns	902
Oui	64,6	12,2	28,1	20,7	14,6	82
Non	59,0	11,0	25,0	12,2	16,7	820
Visites prénatales	Ns	Ns	Ns	*	Ns	877
Au moins deux	57,5	13,2	25,0	15,3	16,7	372
Moins de deux	61,0	9,7	25,5	11,3	16,2	505
Enfant a déjà dormi sous moustiq.	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	899
Oui	58,8	14,7	32,4	14,7	11,8	68
Non	59,6	10,8	24,8	12,9	17,0	831
2 visites prén. ou dormi sous mous.	Ns	Ns	Ns	*	Ns	874
Oui	57,5	13,0	25,8	15,2	16,2	407
Non	61,2	9,6	25,1	11,1	16,7	467
Rapport offre biomédicale	Ns	Ns	Ns	*	Ns	902
Ne pratique rien et refuse certains soins	53,9	3,9	30,8	11,5	19,2	26
Ne pratique rien	60,3	9,8	23,5	10,0	17,5	400
Pratique un	59,5	12,1	26,9	15,1	14,8	412
Pratique plusieurs	57,8	15,6	23,4	18,8	20,3	64

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 36 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon attitudes par rapport à l'offre de soins biomédicale

	Recours externe	Recours Bio	Recours Trad	Recours Bio 48H	Recours trad 48H	N
Discussion planning familial	**	Ns	***	*	***	902
Oui	43,9	23,2	29,3	18,3	20,7	82
Non	31,2	21,5	15,1	11,1	9,4	820
Visites prénatales	**	*	Ns	Ns	Ns	877
Au moins deux	36,6	24,7	18,6	13,2	11,3	372
0 à 1 visite	29,3	19,6	14,9	10,9	9,5	505
Enfant a déjà dormi sous moustiq.	**	***	Ns	***	Ns	899
Oui	44,1	35,3	13,2	23,5	10,3	68
Non	31,4	20,5	16,7	10,7	10,5	831
2 visites prén. ou dormi sous moustiq.	***	***	Ns	*	Ns	874
Oui	37,4	25,8	17,9	13,8	10,8	407
Non	28,1	18,2	15,2	10,1	9,9	467
Rapport offre biomédicale	***	*	Ns	**	*	902
Ne pratique rien et refuse certains soins	26,9	19,2	11,5	7,7	3,9	26
Ne pratique rien	27,5	18,5	14,3	10,0	9,3	400
Pratique un	35,0	23,3	17,5	11,9	10,7	412
Pratique plusieurs	48,4	31,3	25,0	23,4	18,8	64

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 37 : Propension des mères biologiques, des pères et des personnes autres à discuter de santé

	Mère biologique		Père		Autres		Total	
	%	N=807	%	N=716	%	N=281	%	N
Souvent	36,9	298	40,2	288	45,6	128	39,6	714
Pas souvent	47,6	384	48,2	345	44,5	125	47,3	854
Jamais	15,5	125	11,6	83	10,0	28	13,1	236
Total	100	807	100	716	100	281	100	1804

Tableau A 4. 38 : Identité des personnes avec qui se font les échanges sur les questions de santé des mères, des pères et des personnes autres (plusieurs réponse possibles)

	Mère		Père		Autres		Total	
	%	N=902	%	N=716	%	N=186	%	N
Membre concession	66,6	601	58,7	420	78,5	146	64,7	1167
Voisins ou amis	38,2	187	40,5	290	30,1	56	29,5	533
Conjoint	6,3	57	6,1	44	0,5	1	5,7	102
Agent médical	3,6	32	6,1	44	7,5	14	5,0	90
Alphabétisation	5,5	50	1,7	12	1,6	3	3,6	65
Autres personnes	2,8	25	1,7	12	0,5	1	2,1	38

Tableau A 4. 39 : Source d'informations sur le paludisme des mères, des pères et des personnes autres (plusieurs réponse possibles)

	Mère		Père		Autres		Total	
	%	N=902	%	N=716	%	N=186	%	N
Famille	36,5	329	36,3	260	38,2	71	36,6	660
Amis et autres	35,6	321	36,9	264	32,8	61	35,8	646
Expérience personnelle	28,3	255	29,3	210	23,7	44	28,2	509
Institution	22,4	202	26,0	186	30,1	56	24,6	444
Alphabétisation Sereer	11,4	103	4,1	29	4,8	9	7,8	141

Tableau A 4. 40: Relation entre l'exposition de la mère et du père de l'enfant aux sources institutionnelles d'informations et les représentations et connaissances du paludisme/sibidu

	Moustiques comme cause	Dieu comme seule cause	Traitement biomédical perçu efficace	N
Source d'informations père	***	*	**	716
Institutions exclusivement	38,3	4,3	26,1	115
Autres	20,5	9,5	36,9	601
Source d'informations mère	Ns	**	**	902
Institutions exclusivement	22,8	5,5	23,6	127
Autres	20,7	11,6	33,7	775

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 41: % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon les attitudes en matière de santé

	Meds	Chlor.	Parac.	Env. fr.	Al. sp.	N
Source d'information mère	**	***	Ns	Ns	Ns	902
Institutions ¹⁷⁰ exclusivement	68,5	18,9	29,9	13,4	16,5	127
Autres	58,1	9,8	24,5	12,9	16,5	775
Source d'information père	Ns	*	*	Ns	Ns	716
Institutions exclusivement	65,2	16,5	19,1	16,5	12,2	115
Autres	58,4	11,0	27,0	13,3	17,6	601
Echanges sur la santé Mère	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Discute avec conjoint et vieux	65,8	16,5	30,4	17,7	11,4	79
Ne discute pas conjoints et vieux	58,9	10,6	24,8	12,5	17,0	823
Echanges sur la santé Père	Ns	ns	Ns	Ns	Ns	716
Discute avec conjoint et vieux	58,2	14,6	29,1	20,0	21,8	55
Ne discute pas conjoints et vieux	59,6	11,7	25,4	13,3	16,3	661
Proximité agent santé ou formé	*	*	Ns	Ns	Ns	900
Oui	65,8	14,9	24,2	16,2	16,8	161
Non	58,2	10,3	25,6	12,3	16,5	739
Père décide seul (réponse mère)	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	56,6	11,8	23,9	12,1	17,7	373
Non	61,6	10,6	26,3	13,6	15,7	529
Mère se pense apte à décider	**	**	Ns	Ns	Ns	902
Oui	28,2	17,6	14,9	9,7	9,7	330
Non	34,8	24,0	17,3	12,9	10,8	572
Père laisse provision d'argent	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	716
Toujours	56,5	10,9	26,1	17,4	16,3	92
Pas toujours	59,9	12,0	25,6	13,3	16,8	624
Le ménage garde des médicaments	***	***	Ns	Ns	Ns	900
Oui	65,4	14,4	26,5	12,2	15,0	460
Non	53,4	7,7	24,1	13,9	18,2	440
Le ménage garde de la chloroquine	ns	***	**	***	Ns	900
Oui	58,7	19,0	21,0	16,9	15,3	385
Non	60,2	5,2	28,5	10,1	17,5	515
Père décide seul (réponse mère)	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	56,6	11,8	23,9	12,1	17,7	373
Non	61,6	10,6	26,3	13,6	15,7	529
Mère et père décident (réponse mère)	Ns	Ns	*	Ns	Ns	902
Oui	62,1	12,1	29,6	15,0	13,8	240
Non	58,6	10,7	23,7	12,2	17,5	662

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

¹⁷⁰ Institutions : Ecole française, médias (radio, télé), personnel médical et campagnes de santé

Tableau A 4. 42 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon les attitudes en santé

	Recours externe	Recours Bio	Recours Trad	Recours Bio 48H	Recours Trad 48H	N
Source d'information mère	ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Institutions sans familles ni amis	30,7	17,3	18,9	11,0	13,4	127
Autres	32,7	22,3	16,0	11,9	9,9	775
Source d'information père	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	716
Institutions sans familles ni amis	33,9	22,6	18,3	9,6	9,6	115
Autres	31,3	21,1	16,0	11,3	10,2	601
Echanges sur la santé Mère	*	**	Ns	**	Ns	902
Discute avec conjoint et vieux	24,1	12,7	15,2	3,8	12,7	79
Ne discute pas conjoints et vieux	33,2	22,5	16,5	12,5	10,2	823
Echanges sur la santé Père	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	716
Discute avec conjoint et vieux	21,8	12,7	16,4	7,3	12,7	55
Ne discute pas conjoints et vieux	32,5	22,1	16,3	11,4	9,8	661
Echanges de santé Mère ou Père	*	*	Ns	**	Ns	902
Discute avec conjoint et vieux	24,3	15,0	15,9	5,6	12,2	107
Ne discute pas avec conjoints et vieux	33,5	22,5	16,5	12,6	10,2	795
Source d'informations mère ou père	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Institutions sans familles ni amis	31,5	18,8	17,8	9,4	12,2	213
Autres	32,7	22,5	16,0	12,5	9,9	689
Proximité agent santé ou formé	Ns	Ns	Ns	*	Ns	900
Oui	32,3	24,8	13,7	16,2	8,7	161
Non	32,3	20,8	17,1	10,7	10,8	739
Père décide seul (réponse mère)	**	***	Ns	**	Ns	902
Oui	36,5	26,3	16,6	14,8	11,0	373
Non	29,5	18,3	16,3	9,6	10,0	529
Mère et père décident (réponse mère)	Ns	**	Ns	*	Ns	902
Oui	28,3	16,7	15,4	8,8	10,0	240
Non	33,8	23,4	16,8	12,8	10,6	662
Père laisse provision d'argent	***	***	*	**	Ns	716
Toujours	43,5	32,6	22,8	18,5	14,1	92
Pas toujours	30,0	19,7	15,4	9,9	9,5	624
Le ménage garde des médicaments	Ns	Ns	Ns	**	Ns	900
Oui	31,7	19,8	16,7	9,1	11,1	460
Non	33,0	23,4	16,1	14,3	9,8	440
Le ménage garde de la chloroquine	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	900
Oui	33,8	22,6	16,1	12,7	11,2	385
Non	31,3	20,8	16,7	10,9	9,9	515

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 43: Caractéristiques théoriques du schéma décisionnel pour soigner un enfant malade pour la mère, le père et les personnes autres (%)

	Réponses Mère (n=902)	Réponses Père (n=716)	Réponses Autre (n=186)
Décisions prises seules	62,5	70,1	61,9
Décisions prises à plusieurs	37,5	29,9	38,1
Total	100	100	100

Tableau A 4. 44 : Lieu d'approvisionnement des médicaments achetés pour être conservés dans le cadre d'une pharmacie à domicile (plusieurs réponses possibles) (N=710)

	%	N
Structure sanitaire	25,5	181
Pharmacie	23,1	164
Marché ou vendeur ambulant	62,5	444
Boutiques	12,5	89

Tableau A 4. 45 : Intensité de l'activité thérapeutique (soins à domicile et recours externes réalisés) selon les stratégies de planification des moyens thérapeutiques, le sexe de l'enfant, l'âge de l'enfant, son statut d'allaitement et la différence d'âge entre les parents

	Pas de soins à domicile	Au moins deux soins à domicile	Au moins un recours externe	Au moins deux recours externe	N
Le ménage garde des méds	*	***	ns	ns	900
Oui	7,2	56,5	31,7	6,7	460
Non	10,7	45,0	33,0	8,0	440
Le ménage garde de la chloroq.	ns	*	ns	ns	900
Oui	7,8	54,3	33,8	5,7	385
Non	9,7	48,4	31,3	8,5	515
Sexe de l'enfant	ns	ns	ns	ns	902
Féminin	9,4	53,2	30,5	7,1	436
Masculin	8,4	48,5	34,1	7,5	466
Age de l'enfant	**	ns	***	***	902
0 à 1 an	13,3	52,0	44,4	13,8	196
2 à 4 ans	6,8	50,3	37,5	9,1	296
5 à 10 ans	8,3	50,5	22,9	2,9	410
Allaitement	**	ns	***	***	902
Enfant allaité	12,6	51,7	43,5	15,9	207
Enfant sevré	7,7	50,5	29,1	4,8	695
Différence d'âge entre les parents	ns	ns	ns	*	796
Moins de 5 ans	7,8	49,8	29,0	4,6	217
Le père a au moins 5 ans de plus	8,8	52,2	32,5	8,1	579

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 46 : Identité de la personne à qui le père confie l'argent en cas d'absence

	%	N
Mère de l'enfant	67,5	340
Grand-mère paternelle	17,5	88
Oncle paternel	5,0	25
Grand père paternel	2,2	11
Autre personne	7,8	40
Total	100	504

Tableau A 4. 47 : Implication de la mère et des personnes autres dans la prise en charge de la maladie selon que le budget pour soigner les enfants est été confié à la mère ou non

	Autres proposent SAD1		Mère propose RE1		Autres participent décision RE1		Autres financent RE1	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Argent confié à la mère	***	455	***	175	**	175	**	175
Mère	7,7	300	52,9	119	22,7	119	6,7	119
Non	16,1	155	30,4	56	41,1	56	19,6	56

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 48: % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon différentes caractéristiques socio-démographiques

	Meds	Chlor.	Parac.	Env. fr.	Al. sp.	N
Sexe de l'enfant	Ns	ns	Ns	Ns	ns	902
Garçon	59,0	11,4	24,9	13,7	16,1	466
Fille	50,1	10,8	25,7	12,2	17,0	436
Age de l'enfant	***	**	***	**	*	902
0 à 1 an	49,5	6,1	15,3	16,8	20,9	196
2 à 4 ans	56,8	11,5	25,0	14,5	17,2	296
5 à 10 ans	66,3	13,2	30,2	10,0	13,9	410
Allaitement	***	***	***	***	***	902
Enfant allaité	49,3	5,8	16,9	18,4	20,3	207
Enfant sevré	62,6	12,7	27,8	11,4	15,4	695
Rang de naissance	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	865
1 à 3	58,5	10,1	22,3	14,0	17,7	328
4 et plus	59,2	11,9	25,3	12,3	16,2	537
Age de la mère	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	885
16-34 ans	60,0	10,9	25,8	13,7	15,8	430
35-76 ans	59,3	11,0	25,1	12,1	17,1	455
Age du père	*	Ns	Ns	*	*	804
20-44 ans	63,0	12,6	25,8	14,7	14,0	430
45-83 ans	57,2	9,9	25,9	10,7	18,5	374
Différence d'âge entre les parents	Ns	Ns	ns	Ns	Ns	796
Moins de 5 ans	61,8	11,5	29,0	13,4	14,8	217
Le père a au moins 5 ans de plus	59,8	11,4	24,7	12,6	16,6	579
Statut matrimonial des parents	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	889
Pas mariage ou monogame	57,6	11,2	24,8	13,4	17,5	561
Mariage polygame	62,8	10,4	26,5	12,2	14,6	328
Un parent sait écrire	Ns	**	Ns	Ns	Ns	902
Oui	62,6	15,3	25,3	14,2	17,4	190
Non	58,7	10,0	25,3	12,6	16,3	712
Un parent migration influente	Ns	*	Ns	**	Ns	902
Oui	60,3	13,3	23,9	10,1	15,1	398
Non	58,9	9,3	26,4	15,3	17,7	504
Un parent au marché et téléphone	**	*	*	Ns	*	902
Oui	67,0	14,5	30,0	14,0	12,5	200
Non	57,4	10,1	23,9	12,7	17,7	702
Instruction de la mère	Ns	*	Ns	Ns	Ns	852
Au moins primaire complet	62,9	20,0	20,0	11,4	11,4	35
Pas le primaire complet	58,6	10,5	25,5	13,1	17,1	817
Instruction du père	Ns	**	Ns	*	Ns	771
Au moins primaire complet	60,0	20,0	26,0	22,0	20,0	50
Pas le primaire complet	60,6	10,7	26,5	12,5	15,5	721
Instruction parents	ns	***	ns	ns	Ns	889
Au moins un parent primaire complet	60,8	20,3	21,5	17,7	16,5	79
Aucun a le primaire complet	59,3	10,0	25,7	12,2	16,7	810
Mère sait écrire	*	*	Ns	Ns	Ns	902
Oui	68,4	17,1	29,0	15,8	15,8	76
Non	58,7	10,5	24,9	12,7	16,6	826
Père sait écrire	Ns	ns	Ns	Ns	Ns	716
Oui	60,2	15,6	21,9	13,3	17,2	128
Non	59,4	11,1	26,5	14,0	16,7	588
Mère ou père sait écrire	Ns	**	Ns	Ns	Ns	902
Oui	62,6	15,3	25,3	14,2	17,4	190
Non	58,7	10,0	25,3	12,6	16,3	712
Mère ou père sait écrire ou instruction	Ns	*	Ns	Ns	Ns	902
Oui	61,2	14,6	23,3	15,1	16,4	219
Non	59,0	10,0	25,9	12,3	16,5	683

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 49: % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon différentes caractéristiques socio-démographiques

	Recours externe	Recours Bio	Recours Trad	Recours Bio 48H	Recours Trad 48H	N
Sexe de l'enfant	ns	ns	ns	ns	Ns	902
Garçon	34,1	22,8	17,2	10,9	10,3	466
Fille	30,5	20,4	15,6	12,6	10,6	436
Age de l'enfant	***	***	***	*	*	902
0 à 1 an	44,4	32,1	24,0	15,3	13,8	196
2 à 4 ans	37,5	26,4	18,0	13,2	11,5	296
5 à 10 ans	22,9	13,2	11,7	9,0	8,0	410
Allaitement	***	***	***	Ns	**	902
Enfant allaité	43,5	32,4	24,6	13,0	15,0	207
Enfant sevré	29,1	18,4	14,0	11,4	9,1	695
Rang naissance	**	***	Ns	**	Ns	865
1 à 3	37,8	27,7	16,5	15,2	10,4	328
4 et plus	30,4	18,8	17,1	9,9	11,2	537
Age de la mère	***	***	*	***	Ns	885
16-34 ans	38,6	27,4	18,4	15,1	11,2	430
35-76 ans	25,9	16,0	14,1	8,8	9,0	455
Age du père	**	*	Ns	*	Ns	804
20-44 ans	35,6	23,7	18,1	13,0	10,7	430
45-83 ans	27,3	18,2	14,4	8,8	9,1	374
Différence d'âge entre les parents	Ns	***	Ns	Ns	Ns	796
Moins de 5 ans	29,0	14,3	18,4	8,3	11,5	217
Le père a au moins 5 ans de plus	32,5	23,7	15,4	12,3	9,0	579
Statut matrimonial des parents	**	Ns	*	Ns	*	889
Pas mariage ou monogame	34,9	23,5	17,8	12,5	11,6	561
Mariage polygame	27,7	18,9	13,4	11,0	7,9	328
Instruction de la mère	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	852
Au moins primaire complet	40,0	25,7	17,1	17,1	11,4	35
Pas le primaire complet	31,8	21,3	16,3	11,3	10,3	817
Instruction du père	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	771
Au moins primaire complet	30,0	20,0	14,0	14,0	6,0	50
Pas le primaire complet	32,3	21,8	16,8	11,1	10,4	721
Instruction parents	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	889
Au moins un parent primaire complet	34,2	22,8	15,2	15,2	7,6	79
Aucun a le primaire complet	32,0	21,7	16,7	12,1	10,4	810
Mère sait écrire	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	36,8	25,0	17,1	14,5	13,2	76
Non	32,0	21,3	16,3	11,5	10,2	826
Père sait écrire	**	***	Ns	***	Ns	716
Oui	39,1	31,3	14,1	18,0	8,6	128
Non	30,1	19,2	16,8	9,5	10,4	588
Mère ou père sait écrire	*	***	ns	*	Ns	902
Oui	37,9	29,0	14,2	15,8	9,5	190
Non	30,9	19,7	17,0	10,7	10,7	712
Mère ou père sait écrire ou instruction	ns	**	Ns	*	Ns	902
Oui	36,1	26,5	14,6	15,1	10,0	219
Non	31,2	20,1	17,0	10,7	10,5	683
Un parent migration influente	Ns	**	Ns	*	Ns	902
Oui	34,7	25,4	15,1	13,8	9,1	398
Non	30,6	18,7	17,5	10,1	11,5	504
Un parent au marché et téléphone	*	**	Ns	***	Ns	902
Oui	38,0	27,5	16,5	18,0	11,0	200
Non	30,8	19,9	16,4	10,0	10,3	702

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 50 : Nature du premier et du second recours externe selon le sexe de l'enfant

	Premier recours biomédical		Deuxième recours biomédical	
	%	N	%	N
Sexe de l'enfant	Ns	292	**	66
Garçon	61,6	159	22,8	35
Fille	55,6	133	48,4	31

Tableau A 4. 51 : Conditions de prise en charge du soin à domicile selon le sexe de l'enfant

	Père propose SAD1	Père participe décision SAD1	Père finance SAD1	SAD1 décidé seul	N
Sexe de l'enfant	**	***	**	***	822
Garçon	15,5	41,5	12,7	49,0	427
Fille	9,6	30,4	7,9	60,3	395

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 52 : Conditions de prise en charge des recours externes selon le sexe de l'enfant

	RE1 proposé par le père	RE1 mis en œuvre par le père	N
Sexe de l'enfant	ns	**	292
Garçon	32,7	19,5	159
Fille	25,6	10,5	133

Tableau A 4. 53 : Distribution des enfants selon leur âge en années révolues (n=902)

Age en années	%	% cumulé	N
0	6,3	6,3	57
1	15,4	21,7	139
2	12,1	33,8	109
3	10,8	44,7	98
4	9,9	55,6	89
5	8,4	63,0	76
6	9,0	72,0	81
7	10,4	82,4	94
8	9,1	91,5	82
9	6,7	98,1	60
10	1,9	100	17

Tableau A 4. 54 : Distribution des enfants selon leur âge et leur statut d'allaitement

Age en années	% d'enfants allaités	% d'enfants sevrés	N
0	96,5	3,5	57
1	93,5	6,5	139
2	19,3	80,7	109
3	1,0	99,0	98
4 ou plus	0	100	499
Ensemble des enfants	23,0	77,0	902

Tableau A 4. 55 : Caractéristiques de la prise en charge des recours externes de l'enfant malade selon son statut d'allaitement

	Décision collective RE1		Mère accompagne RE1		Père administre traitement RE1	
	%	N	%	N	%	N
Allaitement	**	175	***	292	**	68
Enfant allaité	83,3	54	85,6	90	2,9	144
Enfant sevré	68,6	118	62,4	202	12,5	212

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 56 : Répartition des enfants selon le rang de naissance

Rang de naissance	%	Effectifs
Rang 1	16,3	141
Rang 2	11,3	98
Rang 3	10,3	89
Rang 4	11,0	95
Rang 5	9,6	83
Rang 6	8,8	76
Rang 7	8,8	76
Rang 8	8,1	70
Rang 9	7,2	62
Rang 10 ou plus	8,7	75
Total	100	865

Tableau A 4. 57 : Répartition des rôles pour les recours externes selon le rang de naissance de l'enfant malade

	Décision seule RE1	Autres proposent RE1	Autres accompagnent RE1	Autres administrent RE1	N
Rang de naissance	Ns	***	***	*	124
1 à 3	26,6	29,8	24,2	16,3	163
4 et plus	31,9	11,0	8,6	8,1	287

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 58 : Âges moyens et médians en années des personnes interrogées

	Âge moyen	Age médian	Effectifs
Mère	35,6	35	885
Mère biologique	34,1	34	795
Père	44,9	44	692
Père biologique	45,2	44	619
Autres	52,7	56	185
Ensemble	41,0	40,7	1762

Tableau A 4. 59 : Pratique de massages et de prières dans le cadre des soins à domicile selon l'âge du père

	Pratique de massages	Prières	N
Age du père	***	**	804
20-44 ans	44,7	1,9	430
45-83 ans	54,0	4,8	374

Tableau A 4. 60 : Statut matrimonial des parents des enfants malades

Mère (n=882)		Père (n=771)	
Statut matrimonial	%	Statut matrimonial	%
Célibataire	2,4	Célibataire	1,6
Divorcé	0,7	Divorcé	0,4
Veuf / veuve	1,1	Veuf	0,4
Mariée de rang 1	77,3	Marié monogame	62,3
Mariée de rang deux ou plus	18,5	Marié polygame	35,4
Ensemble	100	Ensemble	100

Tableau A 4.61 : Distribution de la mère, du père et des autres personnes interrogées selon leur capacité à écrire une lettre, leur expérience d'un séjour d'au moins de 4 mois à Dakar, leur expérience d'un séjour de plusieurs années à Dakar, leur activité de saison sèche, leur statut d'apprentissage et l'appartenance à une association

	Mère (n=902)		Père (n=716)		Autres (n=206)	
	%	N	%	N	%	N
Ecrire une lettre	8,5	76	17,9	128	11,2	23
Séjour de 4 mois à Dakar	80,3	724	51,0	365	39,3	81
Séjour pluri-annuel à Dakar	37,3	270	29,0	106	15,0	31
Activité de saison sèche	35,0	316	66,1	473	52,4	108
Apprentissage professionnel	38,8	350	30,9	221	24,3	50
Membre d'une association	74,6	673	65,8	471	55,4	114

Tableau A 4. 62 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon différentes caractéristiques socio-démographiques

	Meds	Chlor.	Parac.	Env. fr.	Al. sp.	N
Migration longue Mère	ns	*	ns	*	Ns	902
Oui	62,5	14,3	25,5	9,4	14,7	224
Non	58,6	10,0	25,2	14,2	17,1	678
Migration longue Père	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	716
Oui	67,1	10,6	24,7	15,3	14,1	85
Non	58,5	12,0	25,8	13,6	17,1	631
Migration ouverte Mère	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	58,8	13,0	22,7	10,5	16,0	238
Non	59,8	10,4	26,2	13,9	16,7	664
Migration ouverte Père	Ns	Ns	Ns	*	Ns	716
Oui	53,5	14,0	16,3	4,7	14,0	43
Non	59,9	11,7	26,3	14,4	16,9	673
Migration longue ou ouverte Mère	Ns	Ns	Ns	**	ns	902
Oui	60,0	13,0	24,1	10,3	15,7	377
Non	59,2	9,7	26,1	14,9	17,1	525
Migration longue ou ouverte Père	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	716
Oui	62,2	10,9	22,7	11,8	14,3	119
Non	59,0	12,1	26,3	14,2	17,3	597
Mère ou père migration longue ou ouv.	Ns	*	Ns	**	Ns	902
Oui	60,3	13,3	23,9	10,1	15,1	398
Non	58,9	9,3	26,4	15,3	17,7	504
Deux parents membres d'association	Ns	**	Ns	Ns	Ns	902
Oui	60,0	13,4	27,1	14,9	15,4	395
Non	59,2	9,3	23,9	11,4	17,4	507
Un parent téléphone assez souvent	***	Ns	*	Ns	Ns	902
Oui	65,1	12,8	28,7	12,2	15,8	335
Non	56,3	10,1	23,3	13,4	16,9	567
Un parent va souvent au marché	*	**	Ns	***	Ns	902
Oui	62,4	13,7	26,7	15,9	15,2	460
Non	56,6	8,4	23,8	10,0	17,9	442
Un parent au marché et téléphone	**	*	*	Ns	*	902
Oui	67,0	14,5	30,0	14,0	12,5	200
Non	57,4	10,1	23,9	12,7	17,7	702
Religion du père	Ns	ns	Ns	***	Ns	768
Chrétienne	58,6	10,5	27,2	22,8	16,1	162
Autres	60,9	11,6	25,9	10,6	15,8	606
Religion de la mère	Ns	Ns	Ns	***	Ns	880
Chrétienne	57,1	10,3	25,1	22,9	16,0	175
Autres	59,9	11,1	25,4	10,5	16,6	705
Ethnie de l'enfant	Ns	ns	Ns	Ns	Ns	900
Sérère	59,1	11,2	25,1	13,0	16,6	876
Autre	70,8	8,3	33,3	12,5	16,7	24
Caste de l'enfant	Ns	Ns	*	Ns	Ns	902
Griot ou artisan	67,7	9,7	35,5	17,7	11,3	62
Autre caste	58,9	11,2	24,5	12,6	16,9	840

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 63 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon différentes caractéristiques socio-démographiques

	Recours externe	Recours Bio	Recours Trad	Recours Bio 48H	Recours Trad 48H	N
Migration longue Mère	ns	ns	ns	ns	ns	902
Oui	32,6	23,7	16,5	12,5	9,8	224
Non	32,3	20,9	16,4	11,5	10,6	678
Migration longue Père	**	ns	*	Ns	Ns	716
Oui	22,4	15,3	9,4	7,1	5,9	85
Non	33,0	22,2	17,3	11,6	10,6	631
Migration ouverte Mère¹⁷¹	Ns	**	Ns	Ns	Ns	902
Oui	35,7	26,5	14,3	13,9	8,0	238
Non	31,2	19,9	17,2	11,0	11,3	664
Migration ouverte Père	Ns	*	Ns	ns	Ns	716
Oui	39,5	32,6	9,3	14,0	4,7	43
Non	31,2	20,7	16,8	10,9	10,4	673
Migration longue ou ouverte Mère	Ns	**	Ns	Ns	Ns	902
Oui	34,8	25,5	15,4	13,8	9,3	377
Non	30,7	18,9	17,1	10,3	11,2	525
Migration longue ou ouverte Père	Ns	Ns	**	Ns	*	716
Oui	28,6	21,0	10,1	9,2	5,9	119
Non	32,3	21,4	17,6	11,4	10,9	597
Mère ou père migration longue ou ouv.	Ns	**	Ns	*	Ns	902
Oui	34,7	25,4	15,1	13,8	9,1	398
Non	30,6	18,7	17,5	10,1	11,5	504
Deux parents membres d'associations	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	32,7	22,0	17,2	10,6	11,1	395
Non	32,2	21,3	15,8	12,6	9,9	507
Un parent téléphone assez souvent	*	***	Ns	**	Ns	902
Oui	36,1	26,6	14,3	15,2	9,6	335
Non	30,2	18,7	17,6	9,7	10,9	567
Un parent va souvent au marché	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	33,9	21,7	17,4	12,4	11,5	460
Non	30,8	21,5	15,4	11,1	9,3	442
Un parent au marché et téléphone	*	**	Ns	***	Ns	902
Oui	38,0	27,5	16,5	18,0	11,0	200
Non	30,8	19,9	16,4	10,0	10,3	702
Religion du père	Ns	Ns	**	Ns	Ns	768
Chrétienne	35,8	21,0	22,8	10,5	13,6	162
Autres	31,4	22,0	15,0	11,6	9,2	606
Religion de la mère	**	Ns	**	Ns	*	880
Chrétienne	38,9	25,7	21,7	13,7	13,7	175
Autres	30,8	21,0	14,8	11,5	9,4	705
Ethnie de l'enfant	Ns	Ns	Ns	**	*	900
Sérère	32,2	21,4	16,7	11,4	10,7	876
Autre	41,7	33,3	8,3	25,0	0	24
Caste de l'enfant	**	**	Ns	*	Ns	902
Griot ou artisan	19,4	9,7	11,3	4,8	6,5	62
Autre caste	33,3	22,5	16,8	12,3	10,7	840

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

¹⁷¹ : La migration ouverte des mères prend à la fois en compte l'expérience professionnelle des mères et la fréquentation au cours de la migration des structures sanitaires, alors que celle du père est limitée à l'expérience professionnelle.

Tableau A 4. 64 : Confession religieuse de la mère et du père de l'enfant

	Religion de la mère		Religion du père	
	%	N	%	N
Musulman	77,3	680	75,5	580
Chrétien	19,9	175	21,1	162
Animiste	2,8	25	3,4	26
Total	100	880	100	768

Tableau A 4. 65 : Niveaux de mortalité infanto juvénile selon l'ethnie au Sénégal pour la période 1960-1972 (Source : Akoto, 1993, p.55)

Ethnie	5q0 ‰
Wolof	263
Poular	255
Mandingue	419
Sereer	328

Tableau A 4. 66 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon les caractéristiques économiques des ménages et la morphologie de la cellule familiale

	Meds	Chlor.	Parac.	Env. fr.	Al. sp.	N
Niveau économique du ménage	Ns	Ns	Ns	Ns	*	893
Pauvre	60,4	10,4	26,9	11,0	13,6	338
Riche	58,7	11,2	24,1	14,2	18,2	555
Nombre d'habitants de la conc.	Ns	Ns	*	**	Ns	900
Moins de 13 personnes	56,8	12,6	31,1	14,0	14,9	222
13 à 49 personnes	60,2	11,1	23,3	11,1	16,9	558
50 à 170 personnes	61,7	7,5	24,2	20,0	18,3	120
Nombre d'habitants du ménage	Ns	Ns	Ns	*	*	868
Moins de 9 personnes	60,6	13,6	28,3	8,6	20,2	198
9 à 24 personnes	58,9	10,7	24,6	14,1	14,3	601
25 à 47 personnes	60,9	7,3	23,2	15,9	21,7	69
Nombre de ménages dans la conc.	Ns	**	Ns	Ns	Ns	902
Un	58,7	13,4	25,5	12,3	14,9	424
Plusieurs	60,3	9,0	25,1	13,6	18,0	478
Nombre de ménages dans la conc.	Ns	*	Ns	**	Ns	902
Un	58,7	13,4	25,5	12,3	14,9	424
Deux à trois	60,5	9,9	25,0	10,8	18,2	324
Quatre ou plus	59,7	7,1	25,3	19,5	17,5	154
Hierarchie ménage dans la conc.	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Cuisine seule ou dominante	58,5	11,4	26,0	12,6	15,6	603
Cuisine rattachée	61,5	10,4	23,8	13,7	18,4	299
Hierarchie du ménage dans la conc.	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	478
Cuisine dominante	58,1	6,7	27,4	13,4	17,3	179
Cuisine rattachée	61,5	10,4	23,8	13,7	18,4	299

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 67 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon les caractéristiques économiques des ménages et la morphologie de la cellule familiale

	Recours externe	Recours Bio	Recours Trad	Recours Bio 48H	Recours Trad 48H	N
Niveau économique du ménage	Ns	*	Ns	*	*	893
Pauvre	29,3	18,6	13,9	9,2	9,2	338
Riche	34,2	23,8	17,7	13,5	13,5	555
Nombre total d'habitants de la conc.	**	***	Ns	Ns	**	900
Moins de 13 personnes	31,5	17,1	17,6	9,5	14,9	222
13 à 49 personnes	35,1	25,1	16,7	12,7	9,1	558
50 à 170 personnes	20,8	13,3	13,3	10,8	8,3	120
Nombre total d'habitants du ménage	Ns	Ns	*	Ns	Ns	868
Moins de 9 personnes	31,3	18,2	17,7	10,1	11,1	198
9 à 24 personnes	31,8	22,1	14,8	12,3	10,0	601
25 à 47 personnes	40,6	29,0	24,6	14,5	13,0	69
Nombre de ménages dans la conc.	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Une	31,6	20,5	15,8	10,6	11,6	424
Plusieurs	33,1	22,6	17,0	12,8	9,4	478
Nombre de ménages dans la conc.	*	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Une	31,6	20,5	15,8	10,6	11,6	424
Deux à trois	36,4	24,7	18,8	13,0	10,2	324
Quatre ou plus	26,0	18,2	13,0	12,3	7,8	154
Hierarchie du ménage dans la conc.	*	Ns	Ns	Ns	*	902
Cuisine seule ou dominante	34,5	22,6	17,6	11,8	11,6	603
Cuisine rattachée	28,1	19,7	14,1	11,7	8,0	299
Hierarchie du ménage dans la conc.	***	*	**	Ns	Ns	478
Cuisine dominante	41,3	27,4	21,8	14,5	11,7	179
Cuisine rattachée	28,1	19,7	14,1	11,7	8,0	299

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 68 : Stratégie de planification des moyens thérapeutiques selon la taille du ménage

	Ménage conserve de la chloroquine		Ménage planifie un budget pour les dépenses de santé	
	%	N	%	N
Nombre d'habitants dans le ménage	*	866	Ns	690
Moins de 25 personnes	44,4	747	12,5	599
25 personne et plus	35,3	119	15,4	91

Tableau A 4. 69 : Activité thérapeutique selon la morphologie de la concession

	Aucun soin	Aucun soin à domicile	Plusieurs soins à domicile	Plusieurs recours externes	N
Nombre d'habitants de la concession	ns	Ns	Ns	Ns	900
Moins de 13 personnes	1,8	10,8	49,1	4,9	222
13 à 49 personnes	3,9	8,6	50,9	7,9	558
50 à 170 personnes	3,3	6,7	53,3	9,2	120
Nombre total d'habitants du ménage	Ns	Ns	Ns	**	868
Moins de 9 personnes	3,0	9,1	52,0	6,6	198
9 à 24 personnes	3,5	9,5	49,9	6,3	601
25 à 47 personnes	4,4	5,8	49,3	15,9	69
Nombre de ménages dans la concession	Ns	**	Ns	**	902
Un	4,0	11,3	49,1	5,4	424
Plusieurs	2,7	6,7	52,3	9,0	478
Morbidité cuisine depuis les pluies	Ns	Ns	Ns	**	902
Forte	2,7	8,3	51,2	9,8	295
Moyenne ou faible	3,6	9,2	50,6	6,1	607
Autre enfant malade durant l'épisode	**	**	**	Ns	902
Oui	2,2	7,1	54,0	7,3	535
Non	4,9	11,4	46,1	7,4	367
Forte morbidité	ns	Ns	Ns	*	902
Oui	2,5	9,1	51,0	10,0	241
Non	3,6	8,8	50,7	6,4	661

Tableau A 4. 70 : Pratiques thérapeutiques selon le niveau économique du ménage

	Plusieurs recours externes	Incantations	N
Niveau économique du ménage	**	***	893
Pauvre	5,0	5,0	338
Riche	8,8	1,8	555

Tableau A 4. 71 : Part de ménages pauvres selon la morphologie de la cellule familiale

	Part de pauvres	N
Ensemble des concessions	**	893
Ménage seul ou dirigé par le chef de Concession	57,1	298
Ménage rattaché au ménage du chef de concession	64,7	595
Concession pluricellulaire	***	475
Ménage dirigé par le chef de concession	25,4	177
Ménage rattaché au ménage du chef de concession	43,0	298
Père en permanence dans le ménage	***	886
Oui	35,3	688
Non	46,5	198
Grand-mère paternelle dans le ménage	***	886
Oui	27,7	289
Non	42,7	597
Frères du mari dans le ménage	***	886
Oui	27,4	277
Non	42,5	609
Taille de la concession	***	891
Moins de 13 personnes	57,3	218
13 à 49 personnes	34,6	555
50 personnes ou plus	17,8	118
Taille du ménage	***	860
Moins de 9 personnes	60,8	194
9 à 24 personnes	32,8	598
25 à 47 personnes	10,3	68
Nombre d'enfants de moins de 6 ans	***	860
Aucun ou un enfant de moins de 6 ans	57,3	143
Deux à cinq enfant de moins de 6 ans	37,1	577
Plus de cinq enfants de moins de 6 ans	17,9	140
Nombre d'adultes de 20 ans et plus	***	860
Un à quatre adultes de plus 20 ans	53,7	352
Au moins cinq adultes de plus de 20 ans	26,0	508

Tableau A 4. 72 : Répartition des ménages selon le nombre d'habitants des différentes classes d'âge

		%	N
Enfants de moins de 6 ans	0 à un enfant	16,7	145
	Deux à cinq enfants	67,1	582
	Six enfants et plus	16,2	141
	Total	100	868
Jeunes de 7 à 19 ans	Un à deux	23,2	201
	Trois à six	56,2	488
	Au moins 7	20,6	179
	Total	100	868
Adultes de 20 à 50 ans	0 à 3 adultes	45,2	392
	4 adultes ou plus	54,8	476
	Total	100	868
Seniors de plus de 50 ans	Aucun ou un senior	57,5	499
	Deux seniors ou +	42,5	369
	Total	100	100

Tableau A 4. 73 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon la structure par âge du ménage

	Meds	Chlor.	Parac.	Env. fr.	Al. sp.	N
Nombre d'enfants de moins de 6 ans	Ns	Ns	Ns	***	Ns	868
Aucun ou un enfant de moins de 6 ans	62,8	8,3	29,7	4,8	17,2	145
Deux à cinq enfant de moins de 6 ans	57,4	11,3	25,3	15,5	14,8	582
Plus de cinq enfants de moins de 6 ans	64,5	12,8	21,3	11,4	21,3	141
Nombre d'adultes	ns	**	Ns	Ns	Ns	868
Un à quatre adultes de plus 20 ans	59,7	14,0	27,2	11,5	14,6	357
Au moins cinq adultes de plus de 20 ans	59,3	9,0	24,1	14,1	17,4	511
Nombre d'hommes de plus de 20 ans	Ns	Ns	Ns	*	ns	868
Moins de deux	58,3	13,5	26,5	9,4	17,9	223
Plus d'un	59,8	10,2	25,0	14,3	15,7	645
Nombre de femmes de plus de 20 ans	Ns	Ns	Ns	ns	Ns	868
Moins de deux	64,7	11,3	30,1	9,8	18,1	133
Plus d'un	58,5	11,0	24,5	13,6	15,9	735
Nombre de seniors de 50 ans et plus	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	868
Aucun ou un senior de 50 ans et plus	60,5	10,8	27,3	12,6	15,6	499
Au moins deux seniors de 50 ans et plus	58,0	11,4	22,8	13,6	17,1	369
Ratio Moins de 20 ans / 20 ans et plus	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	100
Inférieur ou égal à 1,2	60,1	12,6	23,2	13,3	18,4	293
Supérieur à 1,2	59,1	10,3	26,4	12,9	15,1	575

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 74 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon la structure par âge du ménage

	Recours externe	Recours Bio	Recours Trad	Recours Bio 48H	Recours Trad 48H	N
Nombre d'enfants de moins de 6 ans	ns	***	Ns	**	Ns	868
Aucun ou un enfant de moins de 6 ans	26,9	13,1	15,2	7,6	9,7	145
Deux à cinq enfant de moins de 6 ans	34,4	24,6	16,0	14,1	10,8	582
Plus de cinq enfants de moins de 6 ans	29,8	19,2	18,4	7,8	9,9	141
Nombre d'adultes de 20 ans et plus	Ns	**	Ns	**	Ns	868
Un à quatre adultes de plus 20 ans	30,5	18,2	17,4	9,2	12,0	357
Au moins cinq adultes de plus de 20 ans	33,7	24,3	15,5	13,9	9,4	511
Nombre d'hommes de plus de 20 ans	*	**	Ns	Ns	Ns	868
Moins de deux	27,4	17,0	14,8	9,0	9,9	223
Plus d'un	34,1	23,4	16,7	13,0	10,7	645
Nombre de femmes de plus de 20 ans	**	**	Ns	Ns	Ns	868
Moins de deux	24,8	15,0	14,3	8,3	9,0	133
Plus d'une	33,7	23,0	16,6	12,7	10,8	735
Nombre de seniors de 50 ans et plus	**	*	Ns	**	Ns	868
Aucun ou un senior de 50 ans et plus	29,5	19,4	16,0	10,0	11,2	499
Au moins deux seniors de 50 ans et plus	36,3	24,9	16,5	14,6	9,5	369
Ratio Moins de 20 ans / 20 ans et plus	***	***	Ns	***	Ns	100
Inférieur ou égal à 1,2	39,3	27,3	16,7	16,0	10,2	293
Supérieur à 1,2	28,9	19,0	16,0	9,9	10,6	575

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 75: % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon la nature des liens entre les membres du ménage

	Meds	Chlor.	Parac.	Env fr.	Al. sp.	N
Lien Mère / Enfant	Ns	Ns	**	*	Ns	902
Mère biologique	58,9	11,5	24,3	12,3	16,6	807
Tutrice	65,3	7,4	33,7	19,0	15,8	95
Père de l'enfant dans la concession	Ns	*	Ns	Ns	Ns	894
Oui	60,5	12,0	25,7	12,1	16,3	694
Non	56,5	7,5	24,0	16,0	17,0	200
Frère du père dans la concession	*	Ns	Ns	Ns	Ns	894
Oui	64,2	10,8	23,7	11,5	17,9	279
Non	57,6	11,1	26,0	13,7	15,8	615
Présence de coépouses dans la concession	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	62,4	12,4	24,1	14,1	12,9	170
Non	58,9	10,8	25,6	12,7	17,4	732
Mère de la mère dans la concession	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	894
Oui	50,9	7,3	21,8	18,2	18,2	55
Non	60,2	11,2	25,5	12,6	16,3	839
Mère du père dans la concession	Ns	*	Ns	*	Ns	894
Oui	61,4	13,8	23,8	10,0	16,9	290
Non	58,8	9,6	26,0	14,4	16,2	604
Présence de la mère du père et de ses frères	**	Ns	Ns	Ns	Ns	894
Oui	66,7	10,7	23,2	10,1	18,5	168
Non	58,0	11,0	25,8	13,6	16,0	726
Présence d'une grand-mère	ns	Ns	Ns	Ns	Ns	894
Oui	59,7	12,8	23,5	11,3	17,1	345
Non	59,6	9,8	26,4	14,0	16,0	549

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 76 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon la nature des liens entre les membres du ménage

	Recours externe	Recours Bio	Recours Trad	Recours Bio 48H	Recours Trad 48H	N
Lien Mère / Enfant	**	*	Ns	Ns	Ns	902
Mère biologique	33,5	22,4	17,1	11,8	10,7	807
Tutrice	23,2	14,7	10,5	11,6	8,4	95
Père de l'enfant dans la concession	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	894
Oui	31,7	21,9	15,9	11,4	10,4	694
Non	34,5	21,5	17,5	13,5	9,5	200
Frère du père dans la concession	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	894
Oui	33,0	24,0	13,3	14,0	8,6	279
Non	32,0	20,8	17,6	10,9	10,9	615
Présence de coépouses dans la conc.	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	30,0	21,2	14,7	10,6	7,7	170
Non	32,9	21,7	16,8	12,0	11,1	732
Mère de la mère dans la concession	**	Ns	Ns	Ns	**	894
Oui	45,5	25,5	23,6	16,4	18,2	55
Non	31,5	21,6	15,7	11,6	9,7	839
Mère du père dans la concession	Ns	**	Ns	Ns	Ns	894
Oui	35,9	25,9	15,5	13,1	9,0	290
Non	30,6	19,9	16,6	11,3	10,8	604
Présence grand-mère et oncles paternels	Ns	*	Ns	*	Ns	894
Oui	36,9	27,4	14,9	16,1	8,9	168
Non	31,3	20,5	16,5	10,9	10,5	726
Présence d'une grand-mère	**	**	Ns	Ns	Ns	894
Oui	37,4	25,8	16,8	13,6	10,4	345
Non	29,1	19,3	15,9	10,8	10,0	549

Tableau A 4. 77 : Nature du premier recours externe selon la composition de la cellule familiale

	RE1 biomédical (%)	N
Frère du père dans la concession	*	289
Oui	67,4	92
Non	55,8	197
Mère du père dans la concession	**	289
Oui	68,3	104
Non	54,6	185

Tableau A 4. 78 : Perception du niveau de morbidité dans la cuisine par la mère de l'enfant

	%	N
Morbidité élevée	32,7	295
Morbidité moyenne, normale	27,4	247
Morbidité faible	39,9	360
Total	100	902

Tableau A 4. 79 : Répartition des concession selon la présence simultanée d'un autre enfant malade au cours de la maladie enquêtée

	%	N
Autre enfant malade au cours de l'épisode enquêté	59,3	535
Pas d'autre enfant malade au cours de l'épisode enquêté	40,7	367
Total	100	902

Tableau A 4. 80: % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon le contexte morbide

	Meds	Chlor.	Parac.	Env fr.	Al. sp.	N
Morbidité cuisine depuis les pluies	Ns	Ns	Ns	Ns	**	902
Forte	58,3	11,9	24,1	13,2	20,7	295
Moyenne ou faible	60,1	10,7	25,9	12,9	14,5	607
Autre enfant malade durant l'épisode	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	60,9	11,4	25,4	12,9	17,0	535
Non	57,5	10,6	25,1	13,1	15,8	367
Forte morbidité¹⁷²	Ns	Ns	Ns	Ns	*	902
Oui	58,1	12,0	22,8	13,3	20,3	241
Non	60,1	10,7	26,2	12,9	15,1	661

Tableau A 4. 81 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon le contexte morbide

	Recours externe	Recours Bio	Recours Trad	Recours Bio 48H	Recours Trad 48H	N
Morbidité cuisine depuis début pluies	**	Ns	*	Ns	***	902
Forte	37,3	24,4	19,7	11,5	14,2	295
Moyenne ou faible	30,0	20,3	14,8	11,9	8,6	607
Autre enfant malade durant l'épisode	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	31,8	21,7	15,5	11,6	10,1	535
Non	33,2	21,5	17,7	12,0	10,9	367
Forte morbidité	**	**	Ns	Ns	**	902
Oui	38,6	26,1	19,5	13,3	14,1	241
Non	30,1	20,0	15,3	11,2	9,1	661

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

¹⁷² Enfant malade simultanément dans la concession et forte morbidité dans la cuisine depuis le début de la saison des pluies

Tableau A 4. 82 : Nature des médicaments administrés en soin à domicile dans le cadre de l'épisode morbide précédent

	% d'enfants concernés	Effectifs total d'enfants
Chloroquine	18,2	24
Paracétamol	32,6	43
Aspirine	25,0	33
Autres médicaments	24,2	32
Ensemble	100	132

Tableau A 4. 83 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon les soins reçus dans le cadre de l'épisode morbide précédent

	Meds	Chlor.	Parac.	Env fr.	Al. sp.	N
Pratique d'au moins un soin à domicile	*	Ns	Ns	Ns	*	228
Oui	60,1	11,0	23,7	12,7	18,5	173
Non	47,3	3,6	20,0	18,2	9,1	55
Consommation de chloroquine en sad	**	***	Ns	Ns	Ns	902
Oui	79,2	50,0	20,8	12,5	8,3	24
Non	59,0	10,0	25,4	13,0	16,7	878
Réalisation d'un recours externe	**	Ns	Ns	Ns	Ns	228
Oui	51,0	7,3	19,9	9,1	15,9	151
Non	67,5	13,0	27,3	16,6	16,9	77
Réalisation d'un recours biomédical	***	Ns	Ns	***	Ns	228
Oui	47,8	6,1	18,3	20,0	17,4	115
Non	65,5	12,4	26,6	8,0	15,0	113
Réalisation d'un recours traditionnel	**	Ns	Ns	Ns	Ns	228
Oui	46,0	7,9	17,5	14,3	17,5	63
Non	60,6	9,7	24,2	13,9	15,8	165
Récents revenus agricoles mère ou père	Ns	*	*	*	Ns	902
Oui	59,0	13,2	22,2	15,4	17,1	410
Non	60,0	9,4	27,9	11,0	16,1	492
Maladie de l'enfant	**	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Nouvelle maladie	61,5	12,1	26,3	12,7	16,5	655
Rechute	54,3	8,5	22,7	13,8	16,6	247

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 4. 84 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon les soins reçus dans le cadre de l'épisode morbide précédent

	Recours externe	Recours Bio	Recours Trad	Recours Bio 48H	Recours Trad 48H	N
Pratique d'au moins un SAD	*	**	Ns	***	Ns	228
Oui	23,1	14,5	13,3	6,4	9,3	173
Non	36,4	29,1	12,7	23,6	10,9	55
Consommation de chloroquine en SAD	**	Ns	**	*	*	902
Oui	8,3	8,3	0,0	0,0	0,0	24
Non	33,0	22,0	16,9	12,1	10,7	878
Réalisation d'un recours externe	***	**	Ns	***	**	228
Oui	31,8	21,9	15,2	14,6	12,6	151
Non	14,3	10,4	7,8	2,6	3,9	77
Réalisation d'un recours biomédical	***	***	Ns	***	Ns	228
Oui	33,9	27,0	13,9	18,3	11,3	115
Non	18,6	8,9	12,4	2,7	8,0	113
Réalisation d'un recours traditionnel	Ns	Ns	***	Ns	***	228
Oui	33,3	14,3	28,6	9,5	22,2	63
Non	23,6	19,4	7,3	10,9	4,9	165
Récents revenus agricoles	Ns	**	Ns	Ns	Ns	902
Oui	34,6	25,1	16,3	13,2	10,2	410
Non	30,5	18,7	16,5	10,6	10,6	492
Maladie de l'enfant	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Nouvelle maladie	33,9	22,4	17,4	11,9	10,7	655
Rechute	28,3	19,4	13,8	11,3	9,7	247

Tableau A 4. 85 : Activité thérapeutique dans le cadre de la maladie enquêtée en fonction de l'activité thérapeutique au cours de l'épisode morbide précédent

	Pas de soins à domicile	Au moins deux SAD	N
Pratique d'au moins un soin à domicile	**	***	228
Oui	8,7	56,1	173
Non	20,0	32,7	55
Réalisation d'un recours externe	Ns	Ns	228
Oui	12,6	47,0	151
Non	9,1	55,8	77

Tableau A 4. 86: Caractéristiques de la prise en charge de l'enfant malade en fonction de la perception de la cause de la maladie

	Décision seule RE1	Mère propose RE1	Autres proposent RE1	Autres accompagnent RE1	Autres financent RE1	N
Cause de la maladie pour mère	*	*	**	*	***	292
Dentition	11,8	29,4	41,2	29,4	41,2	17
Autre	31,3	52,7	17,8	14,2	10,9	275

Tableau A 4. 87 : Observance de la posologie d'administration de chloroquine dans le cadre des soins à domicile, après consultation en structure sanitaire et propension à retourner consulter en structure sanitaire selon différentes caractéristiques

	Bonne observance SAD	N	Bonne observance REM	N	Retour en structure sanitaire	N
Source d'informations	Ns	100	**	61	Ns	196
Institutions exclusivement	23,7	38	75,0	20	55,0	40
Autres	16,1	62	46,3	41	41,0	156
Proximité agent santé ou formé	Ns	100	*	61	Ns	195
Oui	16,7	24	76,9	13	52,5	40
Non	19,7	76	50,0	48	41,3	155
Le ménage garde des médicaments	Ns	100	Ns	61	Ns	195
Oui	19,7	66	44,8	29	41,4	87
Non	17,7	34	65,6	32	45,4	108
Le ménage garde de la chloroquine	Ns	100	**	61	*	195
Oui	20,6	73	43,8	32	37,0	92
Non	14,8	27	69,0	29	49,5	103
Père planifie dépenses de santé	*	100	Ns	61	Ns	196
Toujours	16,7	90	56,9	51	44,0	166
Pas toujours	40,0	10	50,0	10	43,3	30
Age de l'enfant	ns	100	*	61	Ns	196
0 à 1 an	16,7	12	22,2	9	36,5	63
2 à 4 ans	20,6	34	56,7	30	48,1	79
5 ans et plus	18,5	54	68,2	22	46,3	54
Instruction parents	Ns	100	Ns	61	Ns	196
Alphabétisé ou primaire complet	18,8	32	68,2	22	44,8	58
Non	19,1	68	48,7	39	43,5	138
Age du père	Ns	91	*	56	Ns	171
20-44 ans	18,5	54	43,8	32	38,2	103
45-83 ans	16,2	37	66,7	24	42,7	68
Statut matrimonial des parents	Ns	97	*	61	Ns	195
Pas mariage ou monogame	17,5	63	46,0	37	43,2	132
Mariage polygame	23,5	34	70,8	24	46,0	63
Nombre d'adultes de 20 ans et plus	*	96	Ns	60	Ns	190
Un à quatre adultes de plus 20 ans	26,0	50	56,5	23	44,6	65
Au moins 5 adultes de plus de 20 ans	10,9	46	56,8	37	44,8	125
Père de l'enfant dans la concession	**	98	Ns	61	Ns	196
Oui	15,7	83	55,1	49	41,2	153
Non	40,0	15	58,3	12	53,5	43
Mère du père dans la concession	Ns	98	Ns	61	**	196
Oui	17,5	40	50,0	22	34,2	76
Non	20,7	58	59,0	39	50,0	120
Distance aux principales pistes	Ns	100	Ns	61	***	196
Moins de deux kilomètres	24,2	33	58,1	31	57,7	97
Deux kilomètres ou plus	16,4	67	53,3	30	30,3	99
Distance au centre de santé	Ns	100	Ns	61	*	196
Moins de deux kilomètres	9,5	21	60,9	23	52,2	69
Deux kilomètres ou plus	21,5	79	52,6	38	39,4	127
Typde village	Ns	100	Ns	61	**	196
Contexte Nord	15,4	52	55,6	45	49,7	145
Contexte Sud	22,9	48	56,3	16	27,5	51

Tableau A 4. 88 : Attitude biomédicale en fonction de caractéristiques socio-démographiques

	Attitude biomédicale positive	N
Forte expérience migratoire	**	902
Oui	9,1	398
Non	5,6	504
Pratiques de sociabilité	***	902
Ouvertes	11,5	200
Non	5,8	702
Caste	Ns	902
Artisans ou griot	12,9	62
Autres	6,7	840

Tableau A 5. 1 : Activité thérapeutique selon la distance aux principales pistes sillonnant les villages enquêtés et à la structure sanitaire la plus proche

	Aucun soin à domicile	Deux soins à domicile	Deux recours externes	Pratique de massages	N
Distance aux pistes principales	**	**	Ns	**	902
Moins de deux kilomètres	11,4	46,8	8,6	41,4	421
Plus de deux kilomètres	6,7	54,3	6,2	50,5	481
Distance aux structures sanitaires	***	**	*	***	901
Moins d'un kilomètre	17,2	41,4	12,1	35,4	99
Entre un et deux kilomètres	13,0	41,5	9,8	46,3	123
Entre deux et cinq kilomètres	7,8	53,5	6,6	48,7	565
Cinq kilomètres et plus	2,6	55,3	4,4	59,7	114

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 5. 2 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon la distance aux principales pistes et aux structures sanitaires

	Meds	Chlor.	Parac.	Env fr.	Al. sp.	N
Distance aux structures sanitaires	**	Ns	*	*	Ns	901
Moins d'un kilomètre	54,6	11,1	20,2	12,1	18,2	99
Entre un et deux kilomètres	49,6	8,1	17,9	15,5	13,8	123
Entre deux et cinq kilomètres	61,8	11,9	26,6	14,2	16,8	565
Cinq kilomètres et plus	64,0	10,5	31,6	5,3	15,8	114
Distance aux structures sanitaires	***	Ns	**	Ns	Ns	901
Moins de deux kilomètres	51,8	9,5	18,9	14,0	15,8	222
Plus de deux kilomètres	62,2	11,6	27,4	12,7	16,6	679
Distance aux pistes principales	Ns	***	Ns	***	Ns	902
Moins de deux kilomètres	57,2	7,8	25,9	16,4	17,1	421
Plus de deux kilomètres	61,5	13,9	24,7	10,0	16,0	481

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 5. 3 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon la distance aux structures sanitaires

	Recours externe	Recours Bio	Recours Trad	Recours Bio 48H	Recours Trad 48H	N
Distance aux structures sanitaires	***	***	**	***	***	901
Moins d'un kilomètre	46,5	34,3	22,2	24,2	20,2	99
Entre un et deux kilomètres	41,5	27,6	22,0	16,3	13,8	123
Entre deux et cinq kilomètres	29,2	19,8	14,3	9,7	8,5	565
Cinq kilomètres et plus	26,3	13,2	15,8	6,1	7,9	114
Distance aux structures sanitaires	***	***	***	***	***	901
Moins de deux kilomètres	43,7	30,6	22,1	19,8	16,7	222
Plus de deux kilomètres	28,7	18,7	14,6	9,1	8,4	679
Distance aux pistes principales	Ns	Ns	*	Ns	**	902
Moins de deux kilomètres	34,9	22,8	18,8	12,4	12,6	421
Plus de deux kilomètres	30,2	20,6	14,4	11,3	8,5	481

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 5. 4 : Distance moyenne séparant la concession d'habitat à la structure sanitaire la plus proche selon la nature des soins pratiqués

	Distance moyenne structure sanitaire	Ecart type	N
Recours biomédical	***	1579	901
Oui	2717	1609	195
Non	3293	1548	706
Recours biomédical rapide	***	1579	901
Oui	2471	1606	106
Non	3262	1552	795
Recours traditionnel	ns	1579	901
Oui	3014	1684	148
Non	3199	1556	753
Recours traditionnel rapide	***	1579	901
Oui	2753	1745	94
Non	3217	1552	807
Ingestion médicaments sad	***	1579	901
Oui	3286	1553	537
Non	2997	1601	364
Ingestion de chloroquine	ns	1579	901
Oui	3350	1613	100
Non	3147	1574	801
Ingestion de paracétamol	*	1579	901
Oui	3343	1516	228
Non	3110	1596	673
Pratique de massages	***	1579	901
Oui	3363	1534	435
Non	2988	1600	466
Pratique de prières	Ns	1579	901
Oui	3498	1664	27
Non	3159	1576	874

Tableau A 5. 5 : % des enfants malades ayant reçu des médicaments, de la chloroquine, du paracétamol, une enveloppe fraîche et des aliments spéciaux en soins à domicile selon différentes caractéristiques du village d'habitat

	Meds	Chlor.	Parac.	Env fr.	Al. sp.	N
Vilecol	ns	Ns	Ns	**	Ns	902
A au moins une école formelle	60,2	11,6	25,4	14,9	16,4	610
N'a pas d'école formelle	58,2	9,9	25,0	8,9	16,8	292
Niveau de scolarisation	**	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Inférieur à la moyenne	52,9	10,0	23,3	16,2	17,1	692
Supérieur à la moyenne	61,6	11,4	25,9	12,0	16,3	210
Niveau économique du village	Ns	Ns	Ns	***	Ns	902
Pauvre	59,2	10,5	24,9	10,6	16,4	622
Riche	60,4	12,5	26,1	18,2	16,8	280
Cabine téléphonique dans le village	**	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	49,6	7,8	19,1	15,7	19,1	115
Non	61,0	11,6	26,2	12,6	16,1	787
Densité du village	Ns	*	Ns	**	Ns	902
Faible	62,1	6,9	28,5	8,2	15,1	232
Moyenne	58,3	12,3	25,2	15,1	17,8	551
Forte	60,5	13,5	19,3	12,6	13,5	119
Structure sanitaire dans le village	**	Ns	**	Ns	Ns	902
Oui	51,4	10,1	17,9	18,4	10,6	179
Non	61,6	11,3	27,1	16,0	13,6	723
Village avec eau de forage	***	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Oui	62,2	11,4	26,5	13,7	15,5	709
Non	49,7	9,8	20,7	10,4	20,2	193
Caractéristiques village	*	Ns	Ns	Ns	Ns	902
Densité forte ou niveau scolarité élevé	55,5	11,3	22,6	12,6	16,9	301
Non	61,6	11,0	26,6	13,1	16,3	601

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 5. 6 : % des enfants malades ayant réalisé un recours externe, un recours médical, un recours traditionnel, un recours biomédical rapide et un recours traditionnel rapide selon différentes caractéristiques du village d'habitat

	Recours externe	Recours Bio	Recours Trad	Recours Bio 48H	Recours Trad 48H	N
Vilecol	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	902
A au moins une école formelle	31,8	21,3	15,9	11,2	10,0	610
N'a pas d'école formelle	33,6	22,3	17,5	13,0	11,3	292
Niveau de scolarisation	***	***	Ns	***	***	902
Inférieur à la moyenne	30,1	19,2	15,5	9,4	9,0	692
Supérieur à la moyenne	40,0	29,5	19,5	19,5	15,2	210
Niveau économique du village	Ns	Ns	Ns	Ns	*	902
Pauvre	32,2	21,2	16,2	11,6	9,2	622
Riche	32,9	22,5	16,8	12,1	13,2	280
Cabine téléphonique dans le village	*	Ns	*	**	***	902
Oui	39,1	27,0	21,7	17,4	18,3	115
Non	31,4	20,8	15,6	10,9	9,3	787
Densité du village	**	***	Ns	***	Ns	902
Faible	24,6	12,9	15,5	4,3	9,9	232
Moyenne	34,7	24,0	17,1	13,8	10,7	551
Forte	37,0	27,7	15,1	16,8	10,1	119
Structure sanitaire dans le village	***	***	*	***	***	902
Oui	41,9	30,2	20,7	20,7	16,8	179
Non	30,0	19,5	15,4	9,5	8,9	723
Village avec eau de forage	Ns	*	Ns	Ns	Ns	902
Oui	31,6	20,3	16,5	11,0	11,1	709
Non	35,2	26,4	16,1	14,5	7,8	193
Caractéristiques village	***	***	Ns	***	**	902
Densité forte ou niveau scolarité élevé	38,9	28,9	17,6	19,3	13,3	301
Non	29,1	18,0	15,8	8,0	9,0	601

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 5. 7 : % d'enfants n'ayant reçu aucun soin à domicile, plusieurs soins à domicile et ayant réalisé plusieurs recours externes en fonction de différentes caractéristiques du village d'habitat

	Aucun soin à domicile	Plusieurs soins à domicile	Deux recours externes	N
Vilecol	*	Ns	Ns	902
A au moins une école formelle	7,7	51,5	6,6	610
N'a pas d'école formelle	11,3	49,3	8,9	292
Niveau de scolarisation	***	*	*	902
Inférieur à la moyenne	7,4	52,3	6,5	692
Supérieur à la moyenne	13,8	45,7	10,0	210
Niveau économique du village	**	Ns	Ns	902
Pauvre	7,4	50,3	7,1	622
Riche	12,1	51,8	7,9	280
Cabine téléphonique dans le village	***	**	Ns	902
Oui	15,7	41,7	10,4	115
Non	7,9	52,1	6,9	787
Densité du village	Ns	*	Ns	902
Faible	9,5	49,1	6,9	232
Moyenne	8,9	53,4	7,6	551
Forte	7,6	42,0	6,7	119
Structure sanitaire dans le village	***	***	*	902
Oui	16,8	39,1	10,6	179
Non	6,9	53,7	6,5	723
Village avec eau de forage	Ns	Ns	Ns	902
Oui	9,5	50,8	7,1	709
Non	6,7	50,8	8,3	193
Caractéristiques village	***	***	Ns	902
Densité forte ou niveau scolarité élevé	12,6	43,5	8,6	301
Non	7,0	54,4	6,7	601

*** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; *significatif à 10% ; ns non significatif à 10%

Tableau A 7. 1 : Evolution de la consommation des médicaments dans le monde en milliards de dollars (Source : Médecins sans frontières et l'INED, cité par Bulard M., 2000).

	Consommation globale de médicaments en 1993	Consommation globale de médicaments en 1999	Consommation moyenne en dollars par habitant en 1999
Amerique du Nord	78	135	446
Europe	65	85	146
Japon	38	43	339
Amérique Latine	18	20,5	40
Afrique	28	26	6

11.3 Figures annexes

Figure A 1. 1 : Répartition de la mortalité par âge et par région du monde (Source : WHR, 2003)

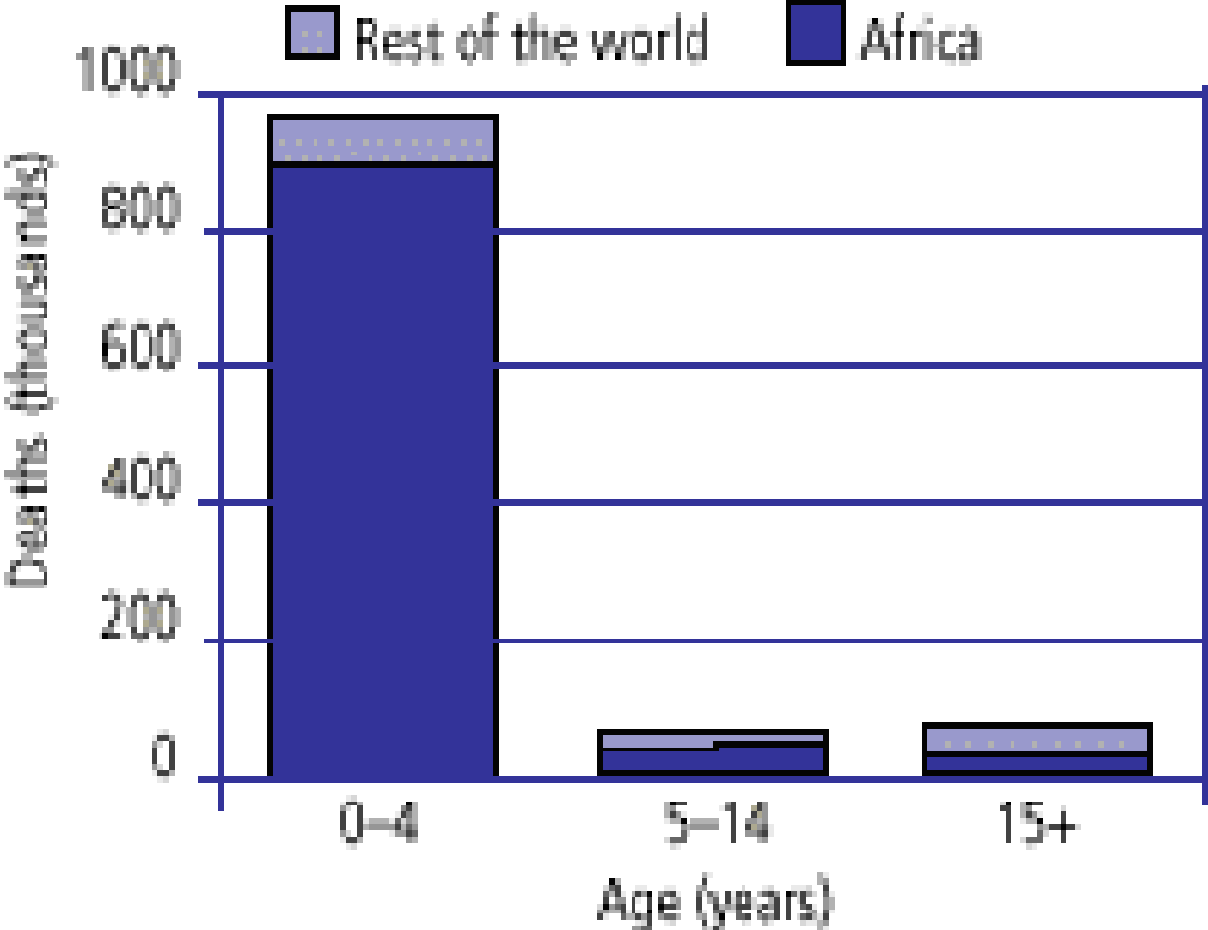


Figure A 1. 2 : Part du paludisme dans les consultations en structure sanitaire (Source : WHR 2003 - Afro routine Health Information Data for 1998-2001)

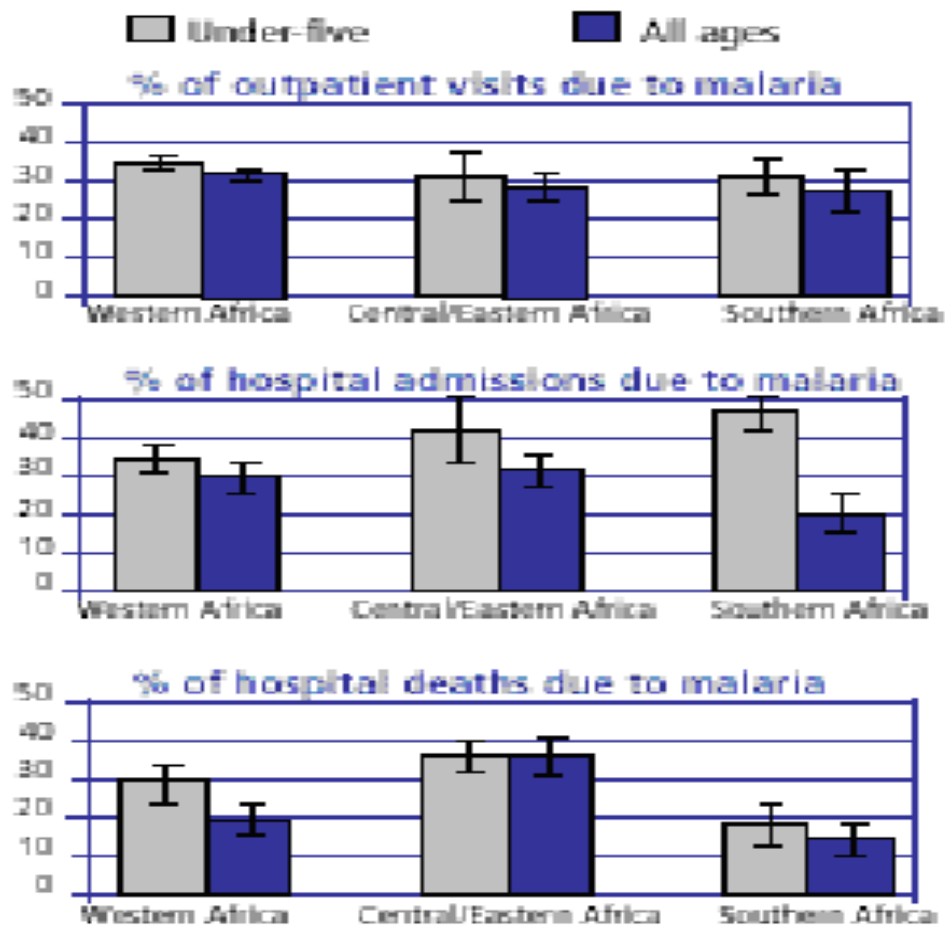


Figure A 1. 3 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans en Afrique (Source : WHR-2003 / DHS)

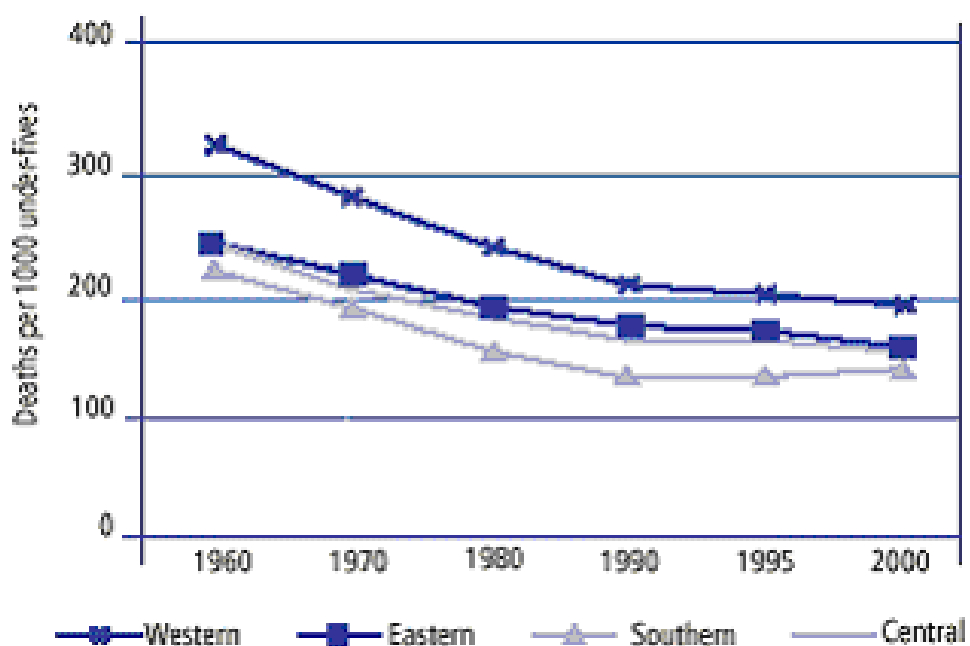


Figure A 1. 4: Schéma du modèle de Kroeger (Kroeger, 1983, p.149)

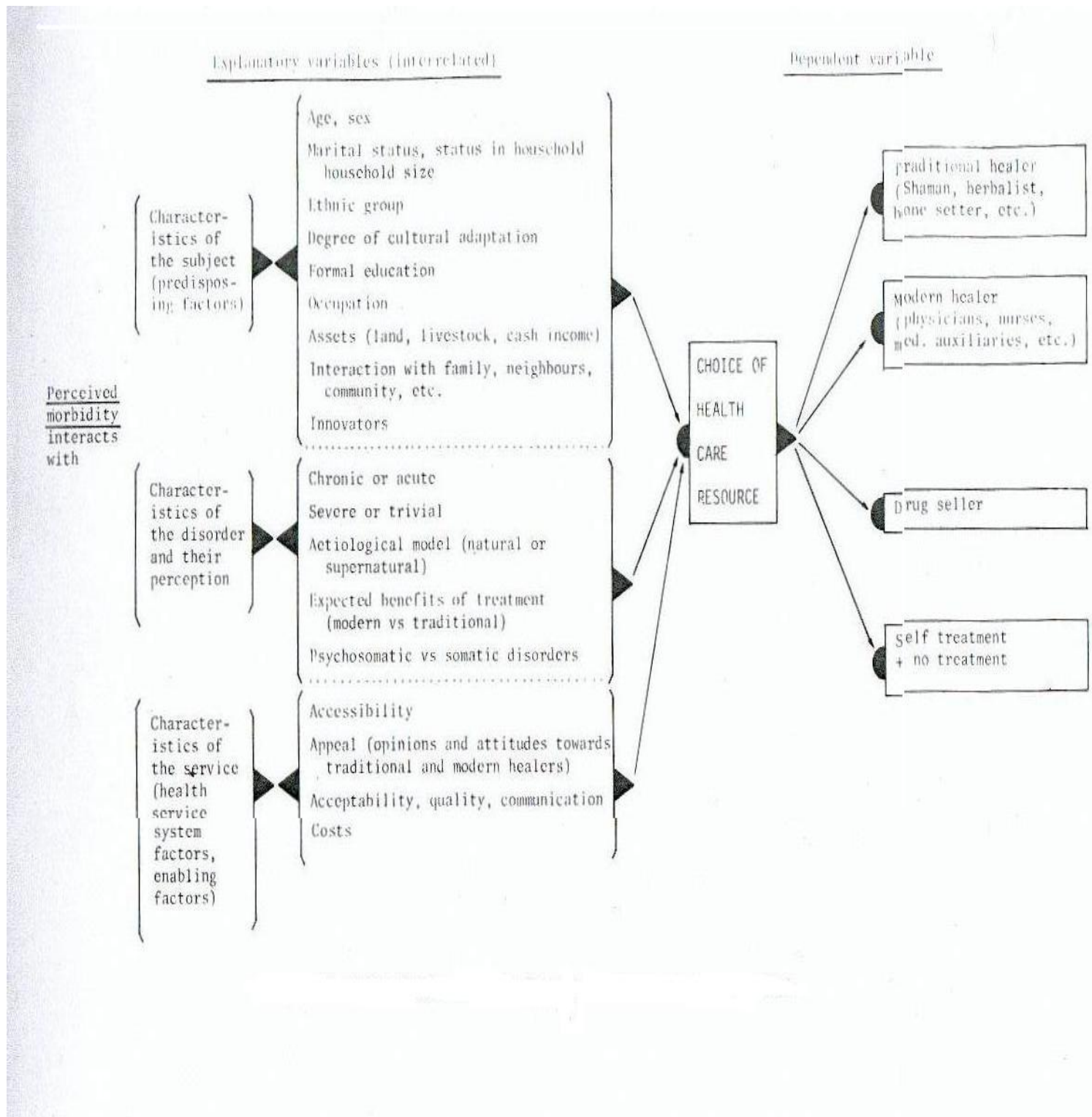


Figure A 1. 5: Adaptation du modèle des croyances relatives à la santé (Source : Godin, 1988)

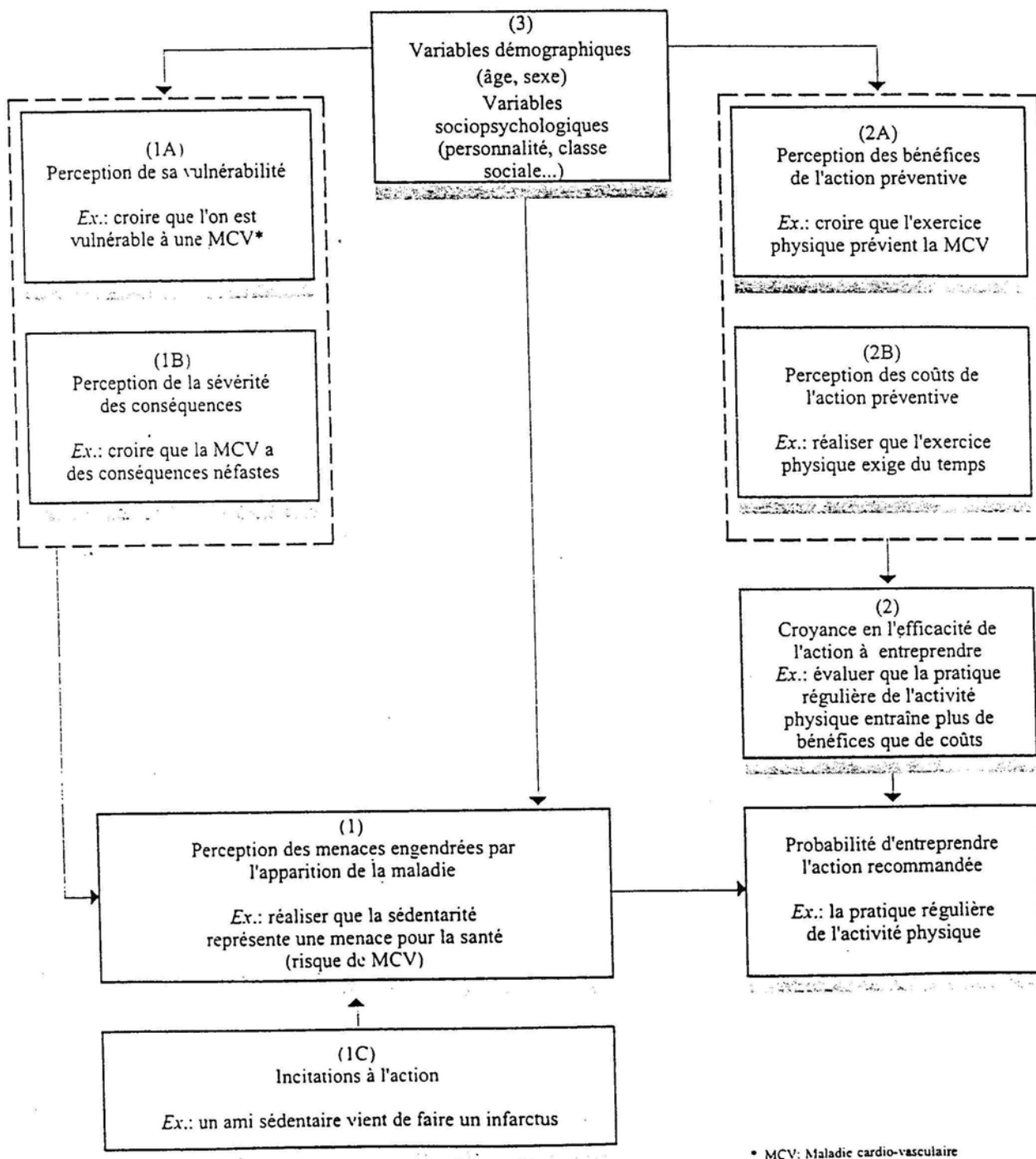


Figure A 1. 6 : Adaptation de la théorie de l'action raisonnée de Ajzen et Fishbien (Source : Godin, 1988)

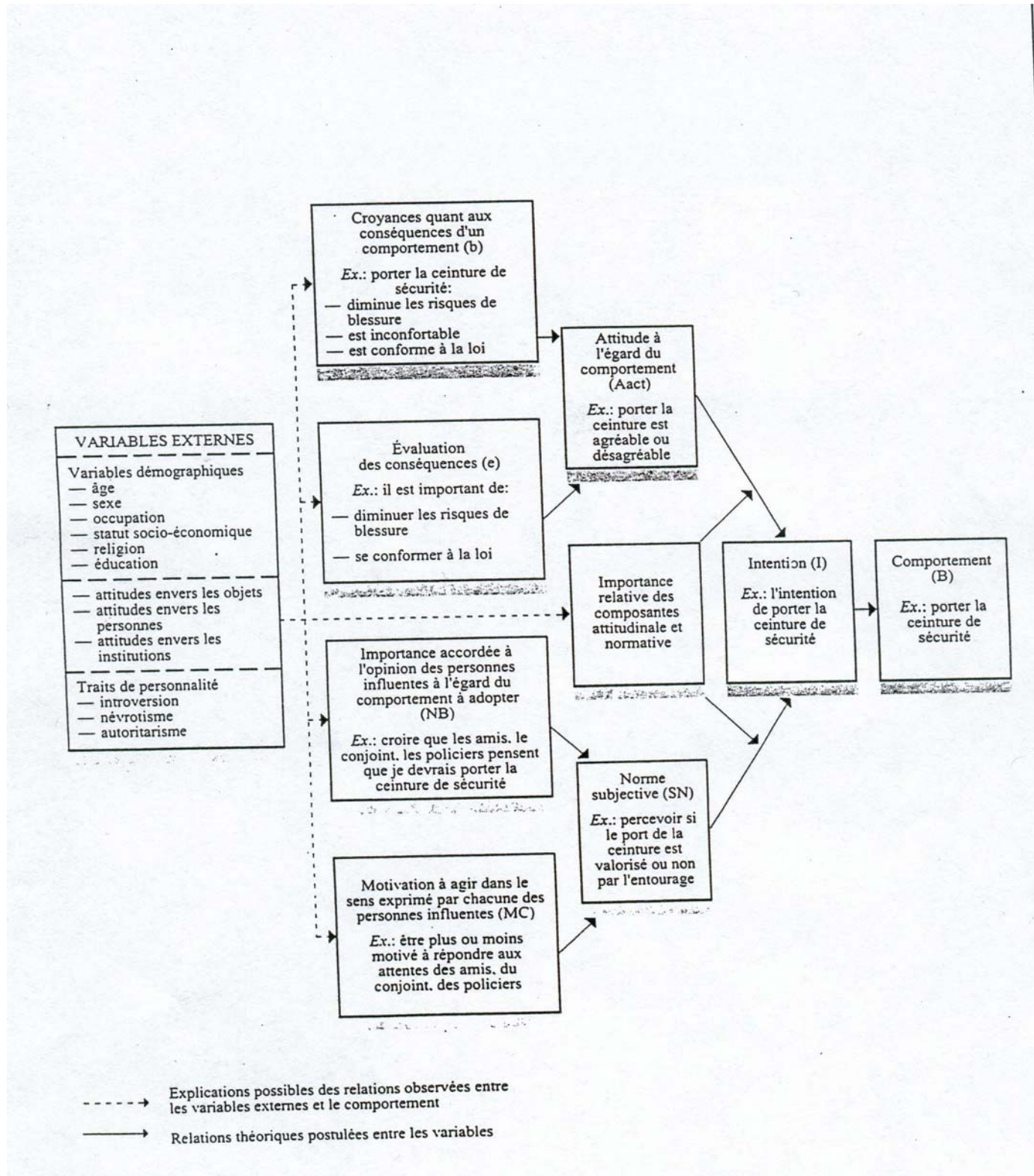


Figure A 1. 7: Théorie des comportements interpersonnels (Source : Godin, 1988)

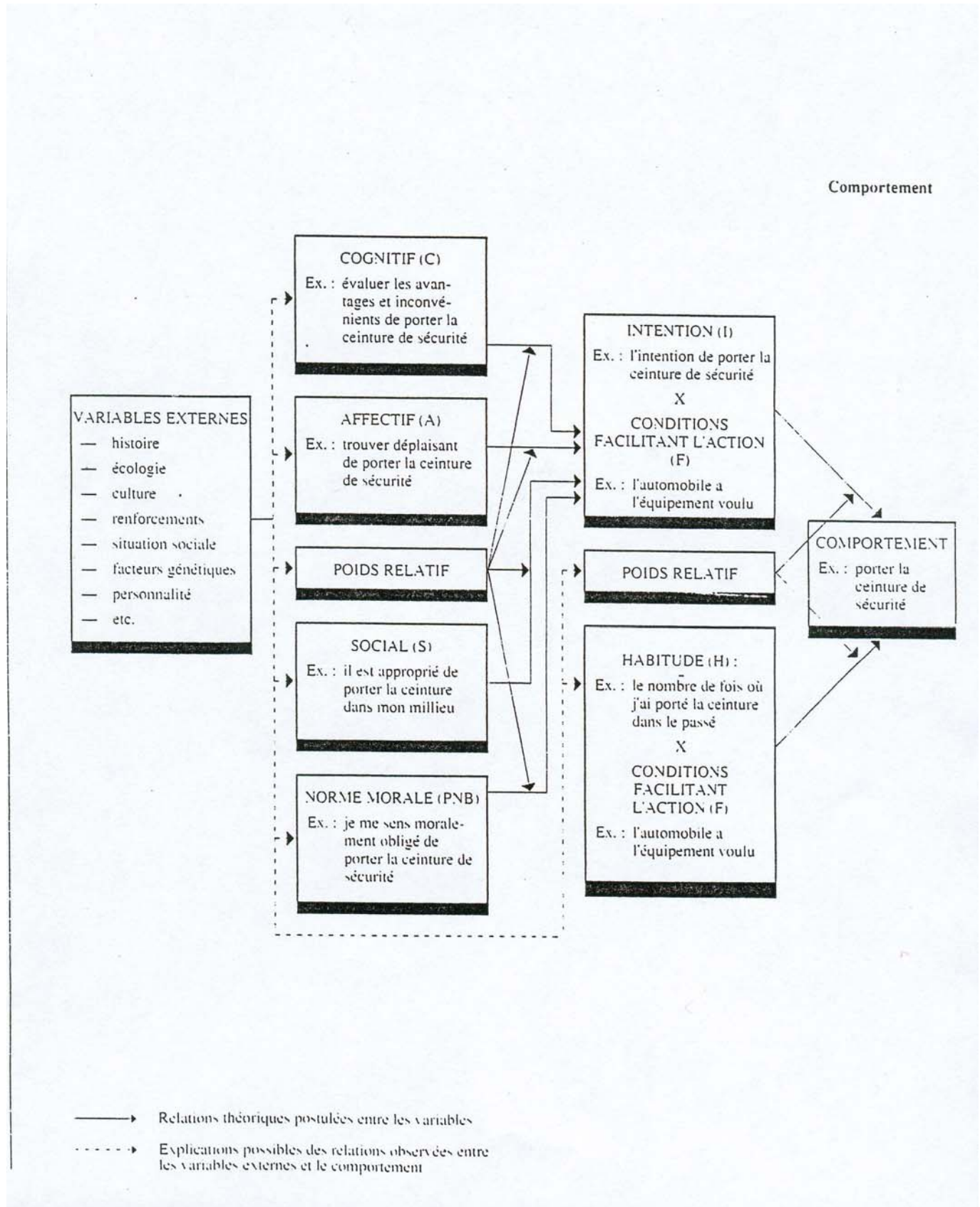


Figure A 2. 1: Schéma du cycle de reproduction des parasites responsables du paludisme

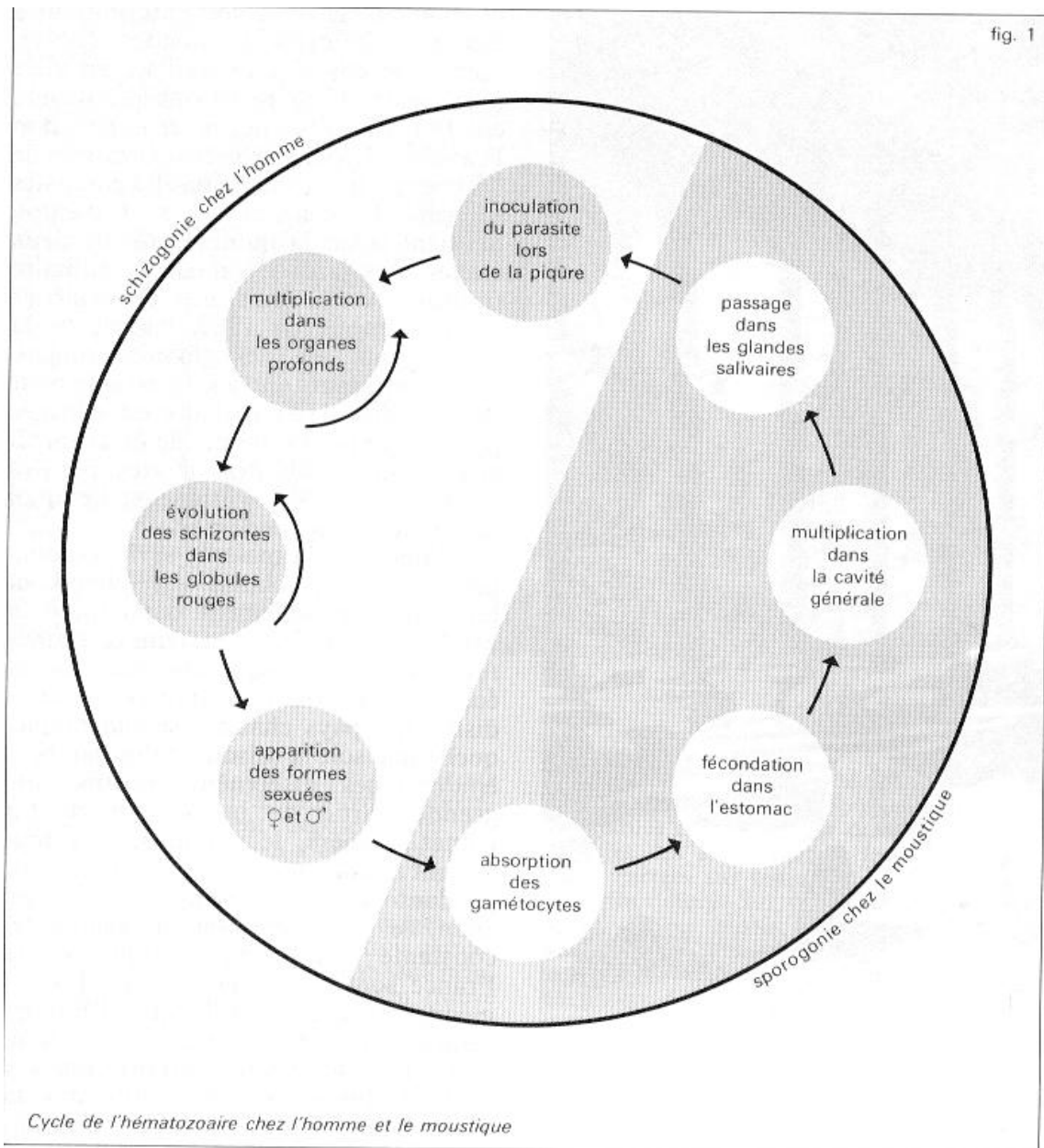


Figure A 5. 1: Répartition des ménages selon la distance aux principales pistes (N=900)

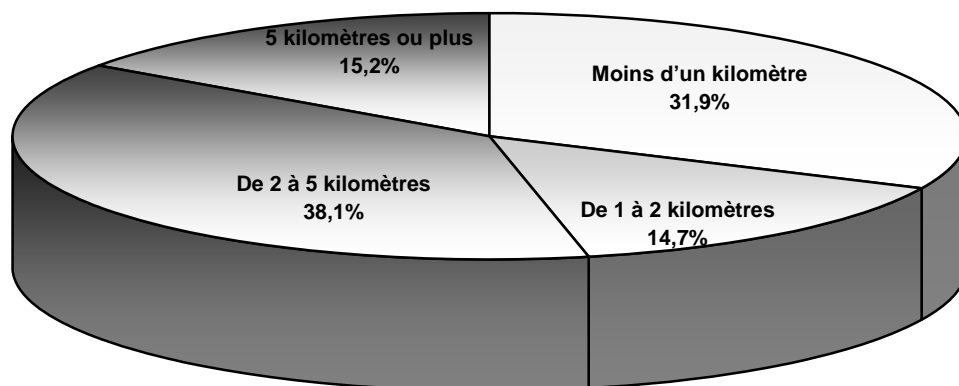


Figure A 5. 2 : Répartition des ménages selon la distance à la structure sanitaire la plus proche (N=900)

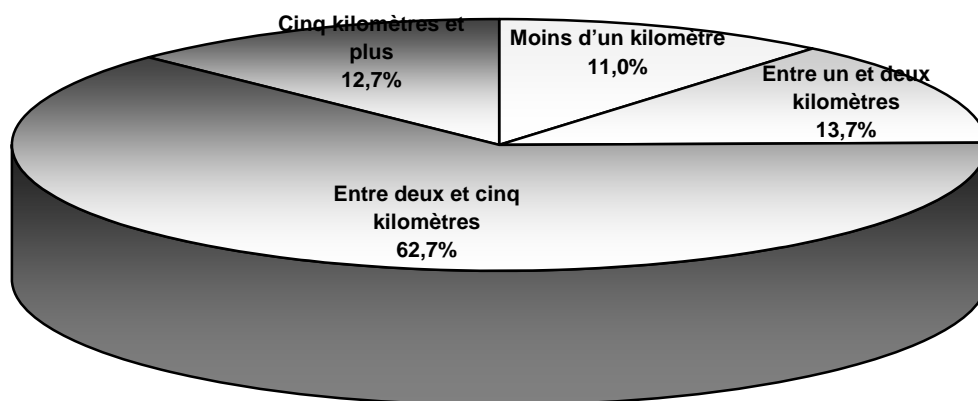


Figure A 7. 1: Part des enfants fébriles recevant de la chloroquine ou un autre anti-malarique (Source : WHR, 2003 / MICS et DHS)

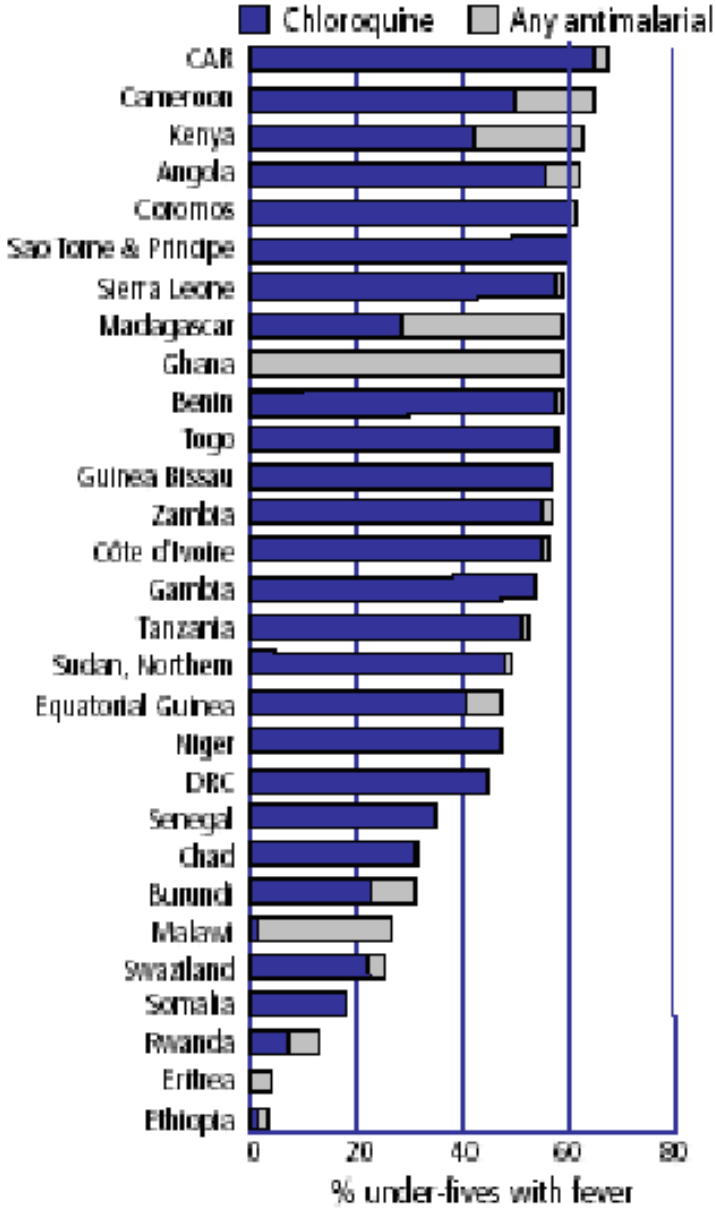


TABLE DES MATIERES

1.	Introduction	3
1.1	Etat des connaissances	5
1.1.1	Caractéristiques de l'offre thérapeutique	5
1.1.2	Caractéristiques des pratiques thérapeutiques.....	9
1.2	Approches et modèles	11
1.2.1	L'approche déterministe.....	12
1.2.2	Les approches centrées sur l'acteur.....	14
1.2.3	Apports et limites des principales approches	16
1.3	Proposition d'un cadre de recherche	20
1.3.1	Définition du cadre conceptuel de recherche	21
1.3.2	Problématique de recherche	26
1.3.3	La stratégie d'analyse.....	30
2.	Présentation de l'étude	35
2.1	Le contexte d'étude	35
2.1.1	Le contexte géographique et historique	35
2.1.2	Le contexte économique et socio-démographique.....	39
2.1.3	Le contexte sanitaire.....	42
2.2	Le problème du paludisme à Niakhar	47
2.2.1	Caractéristiques du paludisme.....	47
2.2.2	La lutte contre le paludisme	55
2.3	Méthodologie d'enquête.....	59
2.3.2	Spécificités méthodologiques.....	62
2.3.3	Les questionnaires	64
2.3.4	La collecte des données.....	65
2.3.5	Caractéristiques des données.....	68
3.	Analyse descriptive	72
3.1	L'itinéraire thérapeutique.....	72
3.1.1	Caractéristiques des soins à domicile.....	73
3.1.2	Les recours hors de la concession	82
3.1.3	Conclusion partielle.....	92
3.2	La prise en charge de l'enfant malade.....	94
3.2.1	Les personnes impliquées dans la prise en charge	95
3.2.2	L'identification de la maladie	96
3.2.3	La conception des actes thérapeutiques	96
3.2.4	L'accompagnement de l'enfant.....	104

3.2.5	La prise en charge financière des soins.....	105
3.2.6	L'administration du traitement.....	108
3.2.7	Conclusion partielle.....	110
4.	Analyse univariée des déterminants des comportements de recours aux soins	115
4.1	Caractéristiques de la maladie enquêtée.....	115
4.1.1	La symptomatologie.....	116
4.1.2	Perception de la maladie enquêtée	130
4.1.3	Conclusion partielle.....	135
4.2	Les connaissances, les représentations et les attitudes en matière de santé	138
4.2.1	Les causes du paludisme	139
4.2.2	Les symptômes du paludisme	141
4.2.3	Le traitement du <i>paludisme/sibidu</i>	145
4.2.4	Perception et rapport à l'offre de soins biomédicale.....	149
4.2.5	Les sources d'informations en matière de santé.....	153
4.2.6	La répartition théorique des rôles au sein de la cellule familiale	156
4.2.7	Les stratégies de planification des dépenses de santé	161
4.2.8	Conclusion partielle.....	166
4.3	Les caractéristiques socio-démographiques de l'enfant malade et de ses parents .	170
4.3.1	Les caractéristiques socio-démographiques de l'enfant.....	170
4.3.2	Les caractéristiques socio-démographiques des parents	179
4.3.3	Les caractéristiques de la famille de l'enfant	193
4.3.4	Conclusion partielle.....	199
4.4	Les caractéristiques socio-économiques des ménages	202
4.4.1	Répartition des ménages selon les biens et équipements possédés	203
4.4.2	Influence sur les comportements de recours aux soins	207
4.4.3	Conclusion partielle.....	208
4.5	La morphologie de la cellule familiale.....	210
4.5.1	Taille du ménage et taille de la concession	211
4.5.2	Le nombre de ménages dans la concession	217
4.5.3	La structure par sexe et par âge du ménage	219
4.5.4	La nature de la composition du ménage.....	227
4.5.5	Conclusion partielle.....	232
4.6	La situation de l'épisode morbide	236
4.6.1	Le contexte morbide.....	236
4.6.2	Les antécédents de maladie de l'enfant.....	239
4.6.3	Le contexte économique.....	242

4.6.4	Conclusion partielle.....	243
5.	Analyse contextuelle et spatiale	246
5.1	La distance aux principales pistes	248
5.2	La distance aux structures sanitaires	251
5.3	Géographie des itinéraires thérapeutiques.....	256
5.3.1	Les sites de consultation.....	257
5.3.2	Les déplacements pour aller consulter	259
5.4	Analyse contextuelle et spatiale des comportements de recours aux soins.....	264
5.5	Les caractéristiques des villages	275
5.6	Conclusion partielle.....	278
6.	Analyse multivariée.....	281
6.1	La consommation de chloroquine en soin à domicile	281
6.2	La consultation en structure sanitaire.....	285
6.3	La consultation rapide en structure sanitaire.....	292
6.4	Conclusion partielle.....	295
7.	Discussion des résultats.....	299
7.1	Des comportements pragmatiques	299
7.2	Des déterminants multiples	302
7.3	Recommandations et perspectives	308
7.3.1	Les choix politiques et financiers.....	309
7.3.2	Les choix de santé publique	310
8.	Conclusion générale	322
8.1	Les enseignements scientifiques	322
8.2	Les enseignements de santé publique.....	326
9.	Bibliographie.....	329
10.	Table des illustrations.....	363
11.	Annexes.....	372
11.1	Table des annexes.....	372
11.2	Tableaux annexes	382
11.3	Figures annexes	453