CHAPITRE 9

LE COMPORTEMENT DES MERES FACE AUX ENFANTS SOUFFRANT DU PALUDISME

Jean-Yves LE HESRAN, Carine BAXERRES

Le taux de morbidité et de mortalité infanto-juvénile sont extrêmement élevés en Afrique sub-saharienne. La probabilité que les enfants meurent avant l'âge de 5 ans est 16 fois plus grande que dans les pays à revenu élevé. Les naissances prématurées et les infections sont à l'origine de la plupart des décès néonataux. Après cette période et pendant les cinq premières années, les principales causes de mortalité sont la pneumonie, la diarrhée et le paludisme. La malnutrition est un facteur sous-jacent dans environ 45 % des décès, car elle rend les enfants plus vulnérables aux maladies graves.

Plus de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans sont dus à des maladies qui pourraient être évitées ou traitées moyennant des interventions simples et d'un coût apparemment abordable. D'autre part, les enfants risquent davantage de mourir avant l'âge de cinq ans s'ils sont nés dans des régions rurales, dans des ménages pauvres ou si leur mère n'a pas reçu d'instruction élémentaire. Les mères qui sont les plus proches des enfants sont en charge de la santé des enfants. Elles doivent réagir devant tout symptôme et assurer la prise en charge de l'enfant. Elles doivent notamment faire face au paludisme. Le paludisme est une maladie parasitaire transmise par un moustique. Le paludisme fait partie des pathologies qui tuent le plus les enfants. En 2010, l'OMS dénombrait 660 000 décès dans le monde dont 91 % en Afrique. 86 % des décès concernaient des enfants de moins de 5 ans. Pourtant, il existe contre cette maladie un traitement efficace, peu cher puisque subventionné, simple à prendre et bien toléré.

LE PALUDISME : UN DIAGNOSTIC COMPLEXE

Pour comprendre ce paradoxe, il est important de revoir comment et dans quel contexte les mères africaines prennent en charge la santé de leurs enfants et notamment en cas de paludisme.

Le paludisme

Le paludisme ou malaria est une maladie infectieuse due à un parasite du genre *plasmodium* transmis par des moustiques femelles du genre *anophèles*. Il existe quatre espèces de plasmodium : *Plasmodium falciparum*, *P virax*, *P ovale*, *P malariae*. *P falciparum* est le parasite le plus répandu et le plus dangereux. Il est responsable de la forme sévère de l'infection, le paludisme cérébral cause de l'essentiel des décès dus au paludisme. Il est responsable de plus de 90 % des infections en Afrique contre moins de 50 % dans les autres régions du monde. Ceci explique que 91 % de la mortalité est concentrée en Afrique, essentiellement chez les enfants.

En cas de pique par un moustique infecté, un palustre simple peut survenir environ 8 jours après. La fièvre apparaît brutalement, en quelques heures, accompagnée de frissons, sueurs, céphalées. Cet accès palustre est considéré comme simple car il n'est associé à aucun signe de gravité. Avec un traitement adapté, il sera guéri en quelques jours, laissant un patient souvent très fatigué, voir anémié. Sans que l'on en connaisse véritablement les raisons, dans 1 à 3 % des cas (Brewster *et al*, 1990), cet accès simple peut évoluer à tout moment vers un accès pernicieux ou neuro-paludisme. Il s'agit d'une urgence médicale. Il existe une multiplication rapide et massive des parasites dans les capillaires cérébraux entraînant l'apparition de signes neurologiques tels que convulsions, coma. Le traitement nécessite alors des perfusions de quinine, voire une réanimation. Le paludisme sévère peut se présenter également sous la forme d'une anémie grave. Le diagnostic biologique du paludisme repose sur la mise en évidence du *plasmodium* dans le sang par un examen microscopique (goutte épaisse ou frottis), par un test immunologique (TDR) ou par la mise en évidence d'ADN parasitaire par PCR.

Pour le traitement, l'OMS recommande l'utilisation de CTA (Combinaison thérapeutique à base de dérivés d'artémisinine) pour les accès simples et la quinine injectable en IV en cas de paludisme grave. La lutte menée par l'OMS à l'échelle mondiale consiste essentiellement en la distribution de moustiquaires imprégnées et le subventionnement des traitements. Le vaccin est en cours d'élaboration et n'est pas encore prêt à être utilisé en population générale. Point majeur pour comprendre le comportement des populations face à cette pathologie, le paludisme est une pathologie récurrente : Il n'y a pas de protection naturelle contre la maladie. L'acquisition d'une immunité est incomplète même après plusieurs années d'exposition.

Le paludisme est une pathologie complexe car elle peut revêtir différents aspects :

- pathologie infection : il s'agit de personnes porteuses du parasite mais non malades. En période de transmission, cela peut concerner plus de la moitié de la population. En cas de fièvre d'origine autre que palustre, ces personnes seront positives au test de dépistage et diagnostiquées à tort victimes d'une crise de paludisme.

- pathologie maladie : Une partie des gens porteurs du parasite vont faire une crise de paludisme présentant fièvre, frissons, sueurs. Le problème est d'en faire le diagnostic car les symptômes de l'accès palustre simple peuvent diriger à tort vers un diagnostic d'infection virale ou bactérienne. Les soignants eux-mêmes ont beaucoup de mal à faire un diagnostic précis de la maladie car il faut faire une mesure de la densité parasitaire (nombre de parasite par μl de sang), ce qui est rarement fait.

- pathologie ressentie : Dans une étude réalisée en 2008 à Dakar, zone de faible transmission, une personne sur trois (30 %) a déclaré avoir présenté un accès palustre dans l'année. Même si les chiffres ne sont pas directement comparables, ce chiffre suggère un taux de morbidité supérieur à celui rapportée par le Programme National de Lutte contre le Paludisme à Dakar en 2008, 2,6 %. Le taux que nous rapportons surestime le taux d'accès palustres dans la population dans la mesure où une grande partie de ces accès palustres sont le résultat d'un diagnostic présomptif lors de la consultation au dispensaire. En effet, moins de 15 % des personnes qui avaient consulté ont déclaré avoir subi un prélèvement veineux ou capillaire malgré la mise en place des TDR dans les centres sanitaires à cette période. D'autre part, la surestimation des diagnostics palustres dans les dispensaires incite les patients à penser que le paludisme est très fréquent et entraîne très souvent des autodiagnostic de paludisme à domicile en cas de fièvre. Cette situation pose un grave problème car, outre l'intérêt de faire un diagnostic correct, l'intérêt de mesurer correctement cet indicateur pour améliorer la prise en charge des patients, cette surestimation du nombre des accès palustres en population et dans les centres de santé a pour conséquence une surconsommation importante des traitements antipaludiques. Devant une fièvre, la phrase qui revient le plus souvent est : « j'ai le 'palu' ».

LA PERCEPTION POPULAIRE DU PALUDISME

Cette présentation rapide du paludisme montre qu'il s'agit donc d'une pathologie très fréquente, dont le premier symptôme est la fièvre et qui, le plus souvent, peut être confondue avec les infections fébriles d'origine virale ou bactérienne qui surviennent souvent chez l'enfant surtout pendant la saison des pluies. Elle est simple à traiter mais peut s'aggraver à tout moment et provoquer le décès du patient.

A partir des informations officielles informant sur les symptômes du paludisme et le rôle du moustique dans cette maladie, mais aussi à partir du savoir populaire transmis de bouche à oreille, de parents à enfants, les populations se sont construit des modèles liant ces épisodes fébriles souvent appelé « palu » à tout un ensemble de causes, les moustiques bien sûr mais aussi le soleil, la pluie, les fruits sucrés.

Il est important de préciser que s'il est question dans chapitre des enfants en bas âge, c'est la question du paludisme qui demeure un problème de santé très préoccupant pour l'ensemble de la population. Le fait que les fièvres des enfants soient considérées comme bénignes tient aux représentations de ce symptôme et non au fait qu'il touche les enfants. Plusieurs entités nosologiques populaires peuvent faire penser au paludisme si l'on prend la fièvre comme symptôme de référence. Au Sénégal, chez les Sereer où nous avons enquêté, le *sibidu* était le plus fréquemment rapproché du terme « paludisme », appellation sereer issue d'une déformation du Wolof *sibiru*, lui-même dérivé de *sibir* qui signifie « revenir demain » rappelant la notion de fièvre tierce récurrente spécifique du paludisme. L'entité *a cun*, qui signifie « pollen de mil » fait référence à la saisonnalité (la floraison du mil a lieu pendant la saison des pluies), et l'entité *o poog*, qui signifie moustique fait référence à l'agent causal de la maladie ; toutes ces « maladies » sont considérées comme n'étant pas graves.

Les mères face à la fièvre chez l'enfant

Outre la difficulté de faire un diagnostic devant toute fièvre chez l'un de ses enfants, la mère doit faire face à diverses contraintes et en tout premier lieu, des contraintes financières. Une large part des populations d'Afrique subsaharienne vit actuellement dans un contexte de grande pauvreté. Depuis l'Initiative de Bamako, en 1987, dans une logique de recouvrement des coûts imposés par le FMI, les familles doivent assumer la plus grande partie des frais de santé. D'autre part, l'insuffisance ou l'inaccessibilité des marchés

assurantiels empêchent nombre d'individus de bénéficier d'une couverture contre le risque maladie. Sans protection sociale, les populations doivent prendre en charge leur santé et ceci dans un souci constant d'économie.

Aller consulter dans un dispensaire suppose des frais directs : prix de la consultation, des examens et des médicaments, et des frais indirects de transport pour aller au dispensaire et de perte de temps de travail. La répétition des épisodes de fièvre chez les enfants de la famille rend très rapidement insoutenables ces dépenses répétées.

Les familles hésitent à dépenser de l'argent en allant au dispensaire, faut-il encore qu'ils aient confiance dans le système de soins. Diverses enquêtes faites sur ce sujet montrent que les populations n'ont pas toujours une très bonne opinion sur le système de soin public. Pour diverses raisons, manque de moyens financiers, manque de personnel, un temps de consultation très court, quelques minutes, le peu de dialogue entre le personnel soignant et le patient, les dispensaires offrent un service qui n'est pas reconnu par les populations. Les usagers se plaignent de l'accueil, de l'attente trop longue, de la longueur des ordonnances, du manque de communication et de consultations trop rapides. De fait, concernant le geste médical, celui-ci est stéréotypé : l'examen clinique est bref et le traitement est le plus souvent symptomatique, traitement-test par des antipaludiques en cas de fièvre et/ou de TDR positif. La consultation s'achève par « revenez si l'état de santé ne s'améliore pas ».

La mère apprend rapidement cette étape de « test thérapeutique » qui est le plus souvent efficace puisque une grande partie des fièvres de l'enfant sont résolutive spontanément et donc traitées efficacement avec un antipyrétique ou un antipaludique. Elle va donc dans un premier temps traiter elle-même son enfant: elle fait de l'automédication. L'automédication est définie comme étant « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments (toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies) ».

Toutes les études sur l'accès aux soins montrent que, en cas de symptôme perçu comme bénin et notamment une fièvre isolée, les familles ont recours à l'autodiagnostic et l'automédication. Au Bénin, une de nos études montre un taux d'automédication d'environ 85 % en cas de fièvre, aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine. Pour le traitement de la maladie, leur protocole de prise en charge sera un compromis entre, d'une part leur expérience acquise lors de consultations dans les centres de soins, et d'autre part, les transmissions familiales et les croyances traditionnelles ; les traitements sont multiples et variés, utilisant différents médicaments

modernes, antipyrétiques et/ou antipaludiques, mais aussi des traitements traditionnels comme les tisanes, les massages ou les fumigations.

Où et comment les mères se procurent-elles les médicaments ?

Les populations sont en recherche d'un service de soins peu cher et efficace. La plupart des dispensaires possèdent une pharmacie. Le service de santé public prévoit la vente de médicaments essentiels à bas prix. Les patients peuvent acheter les médicaments avec une ordonnance délivrée par l'infirmier. Malheureusement, aller au dispensaire peut coûter cher, les ruptures de stock sont fréquentes et certains traitements n'y sont pas en vente. Les patients doivent alors acheter des traitements plus onéreux dans les pharmacies privées. Cette situation a créé une demande de services, hors du service public.

Le marché du médicament est très réglementé au Bénin comme dans les états francophones d'Afrique en général. Il existe un grossiste public qui approvisionne en médicaments essentiels le secteur public et quatre grossistes privés qui approvisionnent le circuit des pharmacies privées en spécialités pharmaceutiques venant principalement d'Europe occidentale. La distribution de détail du médicament dans le secteur privé relève du monopole du pharmacien. La catégorie des médicaments devant le comptoir, médicaments vendus sans ordonnance, n'est pas reconnue et les médicaments sont distribués officiellement uniquement dans les pharmacies, sous la supervision d'un pharmacien. Le prix des médicaments, qu'ils soient distribués dans le secteur public comme privé, ainsi que les marges bénéficiaires des distributeurs sont fixés par le gouvernement. Cette organisation qui garantit une certaine sécurité dans la distribution et la consommation des médicaments ne permet pas une concurrence sur le marché du médicament qui reste, hors le système public, un produit cher.

Dans les pays anglophones comme le Ghana un système plus libéral prévaut. La distribution est assurée dans le privé par un nombre très important de grossistes (> 300) qui ont des relations commerciales très larges notamment avec les pays « émergents » d'Asie, producteurs de médicaments souvent génériques. En matière de distribution « de gros » et « de détail », il existe une libre régulation du marché qui fonctionne selon la loi de l'offre et de la demande. Les distributeurs sont en concurrence les uns avec des autres. Deux types de licence sont octroyés : celle des pharmacies gérées par des pharmaciens et celle des *drugstores* gérés par des non-pharmaciens qui distribuent les médicaments classés OTC (*over the counter, devant le comptoir*) vendus sans prescription ainsi que certains médicaments inclus

dans des programmes de santé publique, tels que les antipaludiques. Cet accès officiel à moindre coût et sans prescription à une gamme importante de médicaments laisse supposer une forte automédication, mais aussi le risque de pratique en décalage avec les recommandations biomédicales. Par contre le prix des médicaments est tiré vers le bas.

Au Bénin, une telle concurrence n'existe pas officiellement. Toutefois, la demande existe et il s'est organisé un marché informel du médicament, facilité par la proximité géographique de deux pays anglophones, le Ghana et le Nigéria. La circulation transfrontalière des produits importés ou produits au Ghana ou au Nigéria permet aux béninois de s'approvisionner en médicaments peu cher, et ceci sans contrôle médical. Ce marché présent partout, dans les marchés hebdomadaires, dans les quartiers via les marchands ambulants, proposent l'ensemble des médicaments prescrits dans les dispensaires ou vendus dans les pharmacies privées et l'ensemble des spécialités vendues au Ghana et au Nigéria.

Ainsi, pour des raisons d'économie, de temps, mais aussi par ce qu'elles ont appris de leur passage dans les dispensaires, les mères font, en cas de symptomatologie bénigne et reconnue, de l'automédication raisonnée : elles mènent la première phase du traitement d'une « petite maladie ».

Il est souvent avancé que les parents en Afrique utilisent en première intention les traitements traditionnels. Cela est vrai et faux à la fois. Les familles utilisent effectivement fréquemment des tisanes pour « être en bonne santé » mais en cas de symptômes précis (fièvre, douleur) celles-ci seront le plus souvent associées à un médicament industriel (David Houéto et al). L'utilisation des médicaments en automédication est donc une pratique courante, pour preuve l'état florissant du marché du médicament en Afrique, public, privé mais aussi informel. Il faut noter que, même si la grande majorité de ces médicaments sont achetés sans ordonnance, il s'agit pour la plupart d'achats bien ciblés sur une symptomatologie identifiés. L'étude que nous avons menée dans le marché informel du médicament de Dantokpa et dans les quartiers de Cotonou montrait que les familles concentrent leur achats de médicament autour d'une dizaine de molécules qui permettent de répondre à la plupart des symptomatologie ou pathologie courante, antipyrétique (Paracétamol), antidouleur (iboproufene), antibiotique (amoxicilline, bactrim), antipaludiques (CTA, SP), vermifuge, vitamine, antitoux, et dans la logique de ce qui a été dit précédemment ces traitements sont également les plus prescrits dans les dispensaires publics.

Les CTA, traitement préconisé par l'OMS

Concernant les antipaludiques, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) suite au développement important de résistances à la chloroquine et à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP), recommande les Combinaisons Thérapeutiques à base de dérivés d'Artémisinine (CTA) qui cristallisent des enjeux économiques, politiques, sociaux et sanitaires.

Au regard du problème de santé publique que pose le paludisme en Afrique, un marché pharmaceutique important s'est ouvert aux CTA depuis 2006. Rien qu'en 2010, la distribution de plus de 200 millions de doses de CTA étaient prévus (Shewchuk *et al*, 2011). Dans le cadre du Fonds Mondial et du mécanisme de financement AMFm (Affordable Medicines Facility for malaria) en place depuis 2009, des CTA subventionnés ont été distribués dans les pays d'Afrique à travers les circuits détaillants publics mais aussi privés, pour certains pays pilotes tels que le Ghana (Sabot *et al*, 2009).

Ces traitements sont normalement délivrés par l'infirmier du dispensaire après un test diagnostic (TDR). Ils coutent ½ dollar et sont gratuits pour les enfants de moins de 5 ans dans certains pays. Comment les individus ont-ils reçu et intégré les différentes recommandations en matière de lutte contre le paludisme qui se succèdent au fil des années et impliquent notamment différents médicaments (la chloroquine, la SP, les dérivés de l'artémisinine en monothérapie, les CTA...)? Cette question est importante car elle conditionne une bonne utilisation des CTA. En effet, l'automédication et des usages anarchiques des CTA sont susceptibles d'entraîner des résistances vis-à-vis de ces médicaments qui constituent actuellement l'unique stratégie de traitement efficace contre le paludisme (Mawili-Mboumba, 2012).

L'OMS et les acteurs transnationaux qui s'investissent dans la mise à disposition des CTA, ont pour objectif une accessibilité maximum pour les populations (Simba *et al*, 2010). Ils promeuvent une large distribution de ces médicaments par le biais notamment de relais communautaires issus des populations locales (Akweongo *et al*, 2011). Les autorités sanitaires tentent d'encadrer ces pratiques de consommation et recommandent de ne traiter que les cas de paludisme avérés après la réalisation de Tests de Diagnostic Rapide (Shewchuk *et al*, 2011). Les indicateurs de santé montrent une baisse importante de la morbidité et de la mortalité depuis quelques années et semblent attester d'un succès de cette nouvelle stratégie. Toutefois, dans les faits, les résultats ne sont pas aussi satisfaisants. Les CTA sont largement disponibles mais ont échappé à un contrôle médical avec une diffusion très large via le marché informel au Bénin ou les drugstores au Ghana, rendant très probable l'émergence de résistance de *P falciparum* à l'artémisinine à

moyen terme. D'autre part, les autres antipaludiques circulent sur le marché (SP, chloroquine) et les usages sont variés, brouillés par les messages sanitaires mal compris. Ainsi, la SP qui présente un niveau de résistance élevé reste encore recommandé en prévention contre le paludisme dans le programme de prévention du paludisme chez la femme enceinte ou chez l'enfant. Ce traitement très connu des familles, facile d'utilisation (une seule prise) faisait partie des traitements de première ligne jusqu'en 2006, voire 2010 dans certains pays.

Pourquoi les mères ne vont-elles pas au dispensaire pour bénéficier d'un traitement gratuit ?

Les mères, devant une fièvre de l'enfant font un calcul simple. Elles savent qu'en allant dans un dispensaire, elles recevront un traitement antipyrétique et un traitement antipaludique. Elles vont devoir payer le transport, le ticket de consultation, d'éventuels examens et les traitements non pris en compte par un programme de santé et enfin passer un long moment à attendre. Elles préfèrent faire un traitement test en achetant sur le marché les mêmes antipyrétiques et antipaludiques. Moins d'argent dépensé et moins de temps perdu. Si l'enfant ne va pas mieux, elle ira au dispensaire.

Un des axes de la lutte contre le paludisme a été l'éducation des mères pour les inciter à amener le plus rapidement possible les enfants au dispensaire en cas de fièvre. Les autorités sanitaires considèrent que plus le délai entre le début des symptômes et le traitement est court, moins il y a de risque d'une évolution vers un paludisme grave. Malheureusement, rien dans les faits ne permet aux familles de mesurer le risque décrit par les autorités sanitaires. Une grande partie des fièvres est étiquetée paludisme et n'évoluent pas vers un accès grave. Bien plus, ce risque évalué par les scientifiques à 1 à 3 % est encore beaucoup plus faible car une grande partie des fièvres étiquetées d'origine palustre dans les dispensaires ne sont pas dues au paludisme.

Pour les familles, les deux formes cliniques de l'accès palustre, accès simple et accès grave sont perçues comme deux pathologies distinctes, de causes différentes. L'accès simple est une fièvre saisonnière due aux moustiques mais aussi aux pluies, au soleil, aux fruits sucrés, fièvre bénigne qui sera traitée simplement avec une tisane ou mieux encore avec du « para » (paracétamol) ou un antipaludique, chloroquine, SP, ou le dernier en date le CTA. L'accès grave est une tout autre maladie. L'enfant « crise » (convulse), il peut entrer dans le coma. Les origines sont plus mystérieuses, parfois

attribuées à un mauvais sort. Des études ont montré que dans ce cas, le recours au guérisseur était fréquent.

Toutefois, progressivement, sous la poussée de la biomédecine et des campagnes de sensibilisation au danger que représente le paludisme, les perceptions populaires de ces fièvres évoluent. Leur gravité potentielle est aujourd'hui envisagée et les parents semblent s'en méfier plus qu'auparavant. Ces évolutions, constatées dans la zone de Niakhar, sont également à l'œuvre dans d'autres régions de l'Afrique de l'Ouest (Kpatchavi, 1999). En milieu urbain béninois, où nous menons actuellement des recherches, les savoirs populaires sont aujourd'hui largement influencés par les pratiques et connaissances des professionnels de la santé en exercice. Toutefois, même si la gravité potentielle des fièvres est ainsi parfois mieux appréhendée, la prise en charge correcte du paludisme n'en est pas pour autant réglée.

Les délais de prise en charge

Le problème de la prise en charge du paludisme des enfants réside dans la longueur du délai entre le moment de survenue du premier symptôme et une prise en charge correcte. Il existe trois délais dans la prise en charge d'un problème de santé : 1) Le délai entre le début des symptômes et la prise de décision d'aller au dispensaire 2) Le délai entre la prise de décision et l'arrivée au centre de soins, 3) Le délai entre l'arrivée au centre et une prise en charge correcte du problème.

Le premier délai est souvent correctement évalué : la mère identifie rapidement chez l'enfant les signes de gravité qui l'incite à aller consulter. Malheureusement, amener un enfant au dispensaire ou à l'hôpital représente une dépense potentielle importante qui nécessite une décision consensuelle de la famille et un temps pour mobiliser l'argent. Aller au dispensaire suppose disposer d'argent pour payer le transport et les soins. La mobilisation de numéraire n'est pas aisée, notamment en zone rurale. Enfin, fonction de la gravité de la situation, le dispensaire peut ne pas être en mesure de prendre en charge correctement le patient (pose de perfusion, réanimation) ce qui suppose un transfert dans un centre disposant du plateau technique nécessaire et donc la mobilisation de plus d'argent.

La maîtrise de ces trois délais permettra une réduction durable de la mortalité due au paludisme.

Mobilisation de ressources en cas de fièvre chez l'enfant

Depuis la mise en place de l'initiative de Bamako en 1987, les dépenses de santé sont en partie prises en charge par les patients qui doivent assurer les frais de consultation et de médicaments dans les dispensaires ou les hôpitaux (Fournier *et al*, 1995 ; Haddad *et al*, 1995). Par souci d'économie, une maladie considérée comme bénigne sera d'abord traitée à domicile par automédication à base de médicaments pharmaceutiques industriels présents dans la pharmacie familiale ou achetés au cas par cas dans une boutique, au marché ou auprès de marchands ambulants (Baxerres *et al*, 2006) et/ou à partir de plantes, écorces, racines issues de la pharmacopée traditionnelle. Le recours à un spécialiste à l'extérieur du foyer est également pratiqué, seulement si celui-ci propose des facilités (échange de services, paiement en nature ou même gratuité des soins).

En revanche, pour une maladie perçue comme grave ou si la santé de l'enfant s'aggrave, la décision de s'adresser au dispensaire s'imposera, mais il sera alors nécessaire de disposer de numéraire ce qui suppose une stratégie particulière pour réunir la somme nécessaire. La phase de mobilisation de ressources dans le processus de prise en charge des soins est mal connue et souvent négligée par les décideurs. Ceux-ci pensent que le coût « modique », à leurs yeux, du traitement subventionné du paludisme est un effort supportable par tous. Ainsi, les diverses stratégies de mise en place de génériques, de baisse du coût des traitements, de vente des médicaments à prix coûtant, suffiraient à régler le problème de l'accessibilité économique aux soins. Ce n'est pas le cas : Ce point est primordial à analyser si l'on veut améliorer l'accès aux soins en Afrique.

Lors de nos études, il est apparu qu'aucune des familles n'avait réservé un budget spécifique pour la santé, en cas de symptomatologie simple telle qu'une fièvre. Les dépenses en la matière, notamment pour soigner la fièvre d'un enfant, sont intégrées dans les dépenses courantes faites par les femmes sur les marchés hebdomadaires (achat d'ingrédients pour la cuisine, de savon, de pétrole) grâce à leurs ressources spécifiques (petit commerce et vente ponctuelle de denrées issus de cultures vivrières ou de petits animaux (poules)). Les hommes peuvent également participer à ces dépenses courantes lorsqu'ils ont un travail salarié, une activité lucrative telle que le commerce de bétail et l'embouche, une activité artisanale (maçonnerie, menuiserie...) ou enfin lorsqu'ils émigrent en ville. Les animaux d'élevage (vaches, moutons, chèvres) qui constituent un capital non négligeable (Roch, 1976) pourraient servir, toutefois, il est difficile de les vendre rapidement et ils ne peuvent pas être utilisés pour payer en urgence le traitement de la

fièvre d'un enfant. Le manque de disponibilité monétaire est encore plus aigu pendant la période de soudure, en saison des pluies, en raison de l'épuisement des réserves de la récolte précédente, avant le remplissage des greniers au moment de la nouvelle récolte. Or, cette période est aussi la saison de transmission du paludisme durant laquelle l'incidence des fièvres juvéno-infantiles est forte. S'il n'y a pas d'argent disponible, le temps préalable à l'accès aux soins est plus long, et la situation clinique va s'aggraver. L'allongement du délai de recours aux soins est un facteur majeur de risque de survenue d'un accès palustre grave (accès pernicieux, anémie grave) et de décès.

La solidarité sociale est très importante en Afrique. « L'entretien du réseau social est la stratégie la plus sûre pour se prémunir contre les incertitudes de la vie » (Ndione, 1992). Toutefois, il faut souvent un certain temps pour mobiliser cette assistance et les fièvres des enfants, parce qu'elles sont considérées comme bénignes ou parce qu'il y a urgence si la symptomatologie est grave, bénéficient rarement de ce type de solidarité. Pour que la solidarité se mette efficacement en œuvre, il est important que les soins soient prévisibles relativement longtemps à l'avance (opérations à l'hôpital, voyages dans une région éloignée pour consulter un guérisseur réputé).

Ainsi, comprendre la prise en charge du paludisme chez l'enfant est complexe et renvoie à des paramètres médicaux, socioculturels et économiques. Tout ceci explique pourquoi, malgré un traitement efficace, bien toléré et peu cher puisque subventionné, il est difficile d'atteindre les objectifs du millénaire fixé lors de la réunion d'Abuja en 2000 : au moins 60 % de ceux qui souffrent du paludisme doivent avoir un accès rapide au traitement, et soient capables d'utiliser correctement un traitement abordable et efficace, et cela dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes.

Ainsi, combattre la morbidité ou la mortalité chez l'enfant nécessite non seulement de travailler auprès des femmes en leur apportant une éducation sanitaire adaptée mais aussi d'améliorer les conditions d'accueil dans les services de santé, d'augmenter les capacités techniques de ces centres et enfin et surtout de proposer une politique de prise en charge de la santé des populations par la mise en place de mutuelle de santé, par des stratégies de gratuité ciblée (prise en charge gratuite du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans) ou par le développement de la couverture universelle (CMU) dont le but est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé sans encourir de difficultés financières.

CONCLUSION

Les aides à la prise en charges des soins

La prise en charge de la santé en Afrique est un problème complexe pour les familles. Le niveau de santé augmente et les soins coutent de plus en plus cher. En face de cela, sous l'impulsion du FMI, les états se sont largement désengagés d'un système solidaire en adoptant l'initiative de Bamako et les solidarités familiales ne permettent pas plus de faire face aux besoins de santé. Dans le même temps, la globalisation a ouvert le marché du médicament à de nouvelles industries venant des pays émergents, industries qui proposent des médicaments à bas prix sur un marché formel ou informel. Le système de santé publique exsangue ne propose pas de services de qualité et tout un système de soins privatisés s'est mis en place, formel ou informel. Le système de soins proposé aux populations en 2014 est donc pluriel, public, privé, informel, moderne et traditionnel. Des aides à la prise en charge des soins se mettent en place, officiels via des stratégies ciblées sur les jeunes enfants, les femmes enceintes (accès gratuit aux soins pour les moins de 5 ans, césarienne gratuite....) ou la CMU (Couverture Médicale Universelle) qui se met en place dans certains pays. Le système privé n'est pas en reste et propose des assurances santé ou des mutuelles de santé qui permettent contre une cotisation souvent modique et une franchise sur les coûts des soins des contrats de couverture des soins courants. Malheureusement, seulement une faible partie de la population a des revenus réguliers et ces propositions ne touchent qu'une petite partie de la population (< 10 %). Les familles défavorisées, et plus spécifiquement les mères, doivent donc mettre en place des stratégies.

Devant une pathologie banale, l'automédication est la règle, profitant d'une marchandisation du médicament qui le rend très disponible hors du système de soins. Toutefois, cette consommation non contrôlée aboutit à une surconsommation de médicaments avec tous les risques que cela représente en terme de santé publique : risque de surdosage, risque de développement de résistance des parasites aux médicaments, ceci en l'absence de toute pharmacovigilance. De plus, le marché du médicament est extrêmement lucratif et l'absence de système de contrôle de qualité efficace expose les consommateurs à l'utilisation de contrefaçons (sous dosage, absence de principe actif voir présence de produit toxique). Les familles sont donc tiraillées entre un système de distribution de médicament qui leur donne accès aux traitements à bas coût et le risque de médicaments non efficaces, si non pire. Nos enquêtes ont montré que les populations étaient conscientes de ces problèmes et là encore développaient des stratégies pour se protéger de

ces risques : achat de traitements connus, utilisation de circuits de soins identifiés, vendeurs de médicaments proches, habituels. Cette stratégie de l'automédication n'est pas systématique et le recours aux centres de soins privés ou public est la règle en cas d'aggravation de l'état de santé du patient, mais, et on en revient toujours à cette dimension, dans les limites bien sûr des capacités financières des familles et de la solidarité sociale.

REFERENCES

- Akweongo P, Agyei-Baffour P, Sudhakar M, Simwaka BN, Konaté AT, Adongo PB, Browne EN, Tegegn A, Ali D, Traoré A, Amuyunzu-Nyamongo M, Pagnoni F, Barnish G, 2011. Feasibility and acceptability of ACT for the community case management of malaria in urban settings in five African sites, *Malaria Journal*, 10, 240.
- Baxerres C, Le Hesran J.Y,
-2006, Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal, Les atouts d'une offre de soins populaire, *Anthropologie et Sociétés*, 30, 3, 219-230.
-2004, Recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer au Sénégal : entre contrainte économique et perception des maladies, *Sciences Sociales et Santé*, 22, 4, 5-23.
- Baxerres C, 2010, Du médicament informel au médicament libéralisé. Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou (Bénin), Thèse de doctorat d'Anthropologie sociale, Paris, EHESS.
- Brewster DR, Kwiatkowski D, White NJ, 1990. Neurological sequelae of cerebral malaria in children, *Lancet*, 336, 8722, 1039-43.
- Fournier P, Haddad S, 1995, Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement, *Sociologie des populations*, 289-325.
- Haddad S, Fournier P, 1995, Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre, *Social Science and Medicine*, 40, 6, 743-753.
- Houéto D, d'Hoore W, Ouendo EM, Assomption H, Deccache A, 2007, Childhood fever in a zone of malaria prevalence in Benin: qualitative analysis of factors linked to seeking care, *Santé Publique*, 19, 363-72.
- Jaffré Y, Olivier de Sardan J.P, 1999, La construction sociale des maladies, les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest, Vendôme, PUF.
- Kpatchavi C.A, 1999, Savoirs locaux sur la maladie chez les Gbe au Bénin : le cas du paludisme. Eléments empiriques pour une anthropologie de la santé, Thèse de doctorat, département d'anthropologie appliquée, Université de Fribourg, Allemagne.
- Mawili-Mboumba DP, Bouyou-Akotet MK, Kombila M, 2011, Parental administration of unprescribed antimalarial drugs to treat febrile children in Gabon, *Sante*, 21, 3, 127-31.
- Ndione E.S, 1992, Le don et le recours, ressorts de l'économie urbaine, Dakar, Enda-Editions.

- Roch J, 1976, La richesse paysanne en bassin arachidier sénégalais : inventaires et essai d'évaluations des biens familiaux, *Cahier Orstom, série Sciences Humaines*, 13, 4, 383-407.
- Sabot OJ, Mwita A, Cohen JM, Ipuge Y, Gordon M, Bishop D, Odhiambo M, Ward L, Goodman C, 2009, Piloting the global subsidy: the impact of subsidized artemisinin-based combination therapies distributed through private drug shops in rural Tanzania. *Plos One*, 4, 9.
- Sauerborn R, Nougara A, Hien M, Diesfeld H.J,
 -1996 a, Household strategies to cope with the economic costs of illness, *Social Science and Medicine*, 43, 3, 291-301.
 -1996 b, Seasonal variations of household cost of illness in Burkina Faso, *Science Social and Medicine*, 43, 3, 281-290.
- Shewchuk T, O'Connell KA, Goodman C, Hanson K, Chapman S, Chavasse D, 2011. The ACTwatch project: methods to describe anti-malarial markets in seven countries, *Malaria Journal*, 10, 325.
- Simba DO, Warsame M, Kakoko D, Mrango Z, Tomson G, Premji Z, Petzold M, 2010, Who gets prompt access to artemisinin-based combination therapy? A prospective community-based study in children from rural Kilosa, Tanzania, *Plos One*, 5, 8.
- WHO,
 -2014, Paludisme, Aide-mémoire, 94 :
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/fr>.
 -2013, Enfants: réduire la mortalité, Aide-mémoire, 178:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/fr>.
 -2003, La Déclaration d'Abuja et le plan d'action :
rbm.who.int/docs/abuja_declaration_fr.pdf.

Le Hesran Jean-Yves, Baxerres Carine (2014)

Le comportement des mères face aux enfants souffrant
du paludisme

In : Charbit Yves (ed.), Mishima T. (ed.). *Questions de
migrations et de santé en Afrique sub-saharienne :
recherches interdisciplinaires en France et au Japon*

Paris : L'Harmattan, p. 215-229. (Populations)

ISBN 978-2-343-04674-7

ISSN 1288-8443