

ENFANTS D'AUJOURD'HUI DIVERSITÉ DES CONTEXTES PLURALITÉ DES PARCOURS

*Colloque international de Dakar
(Sénégal, 10-13 décembre 2002)*



Numéro 11

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
AIDELF

Famille et recours aux soins dans l'enfance : le cas du paludisme à Niakhar (Sénégal)

Aurélien FRANCKEL

Université de Paris X, CERPOS / UMR-D 151, Nanterre, France

1. Les enfants africains face au paludisme : enjeux et contexte

Le paludisme est une grave maladie infectieuse causée par un parasite transmis par le moustique anophèle femelle. C'est une affection polymorphe pouvant provoquer de graves accès fébriles susceptibles d'entraîner la mort, par anémie sévère ou défaillance organique et/ou cérébrale.

Près de la moitié de la population mondiale vit en zone impaludée, principalement dans les régions tropicales (OMS, 1999). Chaque année, près de 300 millions de cas cliniques de paludisme provoquent directement plus d'un million de décès. Dans plus de 80% des cas, ces décès touchent des enfants de moins de dix ans résidant en Afrique, le plus souvent en milieu rural (OMS, 1999).

Au cours du XX^{ème} siècle, l'incidence palustre a reculé sur tous les continents, sauf en Afrique. L'ensemble sub-saharien présente les indicateurs de mortalité dans l'enfance les plus élevés au monde, surtout pour la période juvénile (Barbiéri, 1993). Les estimations de la mortalité par causes de décès révèlent le poids majeur du paludisme en Afrique : en moyenne, 5% des enfants africains meurent avant l'âge de cinq ans d'une affection en rapport avec le paludisme (OMS, 1999) et le paludisme est la seconde cause directe de mortalité juvénile de certaines zones rurales (Delaunay, 1998).

Plusieurs facteurs épidémiologiques exposent particulièrement les enfants africains au risque de décès par paludisme. Le parasite dominant en Afrique, *Plasmodium falciparum*, se caractérise par un taux de létalité de l'ordre de 10% (Payet et al., 1968). Au cours des dernières décennies, la généralisation en Afrique des phénomènes de résistance a provoqué un accroissement significatif de l'incidence de paludisme grave (Trape et al., 1998). En outre, les enfants sont, avec les femmes enceintes, les groupes les plus menacés par le risque palustre¹. À partir de l'âge de six mois, l'immunité maternelle qui protège l'enfant contre les parasites tend à s'estomper. Au cours des premières années de vie, l'enfant est dépourvu de défenses spécifiques ; il est particulièrement exposé au risque de paludisme grave.

Au-delà de ces caractéristiques épidémiologiques, la forte mortalité par paludisme des enfants africains résulte en partie d'une utilisation inadaptée des structures médicales et des médicaments anti-paludiques (OMS, 1999). Ainsi, bien qu'il existe des moyens de prévention et, surtout des traitements potentiellement accessibles au plus grand nombre, au Sénégal, entre 1990 et 2000, moins de 40% des enfants atteints de fièvres ont reçu un traitement anti-paludique approprié (PNLP, 2000)²

Depuis le début des années 1990, les stratégies de lutte contre le paludisme visent à renforcer l'efficacité des soins disponibles en intégrant les aspects socio-culturels et

¹ Les mécanismes fixant les seuils parasitaires pour déclencher l'accès palustre sont complexes. Ils reposent sur deux notions principales : d'une part, celle de susceptibilité individuelle, expliquant l'existence de variations dans la réceptivité des individus aux densités parasitaires, et d'autre part, celle d'immunité, acquise au fil du temps et en fonction de l'exposition à la maladie (Payet et al., 1968).

² Au Sénégal, le principal protocole médicamenteux est basé sur la prise de *dechloroquine* pendant trois jours, pouvant être renforcé par des injections de *Quinimax*. Les autorités sanitaires préconisent un recours rapide à un poste de santé ou, à défaut, un traitement à domicile précoce et respectueux des posologies.

économiques des pratiques sanitaires. Il s'agit, selon les directives de l'OMS, de permettre que « *les enfants soient correctement soignés, tant à la maison que dans les établissements de santé publique* » (OMS, 1999, p.66) et donc « *que le personnel médical, les distributeurs de médicaments, les guérisseurs et la population des zones d'endémie apprennent à se servir correctement des antipaludiques* »³ (OMS, 1999, p.68).

2. La dimension familiale dans l'étude du recours aux soins

Dans le domaine de la santé, la recherche démographique s'est principalement appuyée sur des approches et des modèles issus de l'étude de la mortalité. Dans cette perspective, l'objectif est d'établir l'ensemble des déterminations sociales et économiques des pratiques thérapeutiques, à partir de données agrégées ou individuelles (Fourmier et Haddad, 1995). Plusieurs modèles explicatifs ont permis de décrire l'ensemble des déterminants des pratiques thérapeutiques, répartis en trois grandes catégories : les caractéristiques individuelles, intégrant les connaissances en matière de santé et l'intérêt pour la santé, les caractéristiques de la maladie et les caractéristiques du système de soins (Kroeger, 1983 ; Godin, 1988).

Ces modèles, exclusivement centrés sur les déterminants individuels de la mère de l'enfant, ne rendent pas pleinement compte de la dimension sociale des comportements de santé (Hobcraft, 1993). Dans cette logique d'analyse, le rôle majeur joué par le père de l'enfant et les autres membres de la parenté n'est que rarement abordé (Albrecht et al., 1995). Les enfants sont entièrement dépendants de leur environnement familial pour la prise en charge de leur santé. De manière inhérente à sa condition, un enfant de moins de dix ans occupe une position neutre vis-à-vis des options thérapeutiques choisies par son entourage.

Or, en Afrique, l'institution familiale occupe une place centrale, sacralisant l'unité du groupe et enracinant l'identité individuelle dans une dimension collective. Dans la mesure où l'appartenance sociale de l'enfant s'inscrit dans le cadre du groupe familial, 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.

Le recours aux soins est le produit d'une construction sociale où le lien connaissance - adhésion - comportement n'est ni linéaire ni mécanique, mais le résultat de négociations intégrant un ensemble d'interactions sociales et de contraintes internes ou externes au groupe familial. Les pratiques thérapeutiques sont investies d'enjeux sociaux et insérées dans un système de relations de pouvoir au sein de la concession (Dozon et al., 1986). Au sein de l'univers familial élargi, un découpage normatif précis des rapports sociaux fixe les champs d'action et de décision, les droits et les devoirs de chacun (Guigou, 1995) : « *la mère n'a pas 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). L'autonomie de la mère, son pouvoir de décision et son accès aux ressources économiques déterminent sa capacité à choisir et à pratiquer les soins qu'elle estime les meilleurs pour son enfant.

En Afrique, l'unité d'habitat, la concession, qui symbolise dans l'espace physique l'imbrication profonde des unités primaires de sociabilité, est à la fois l'espace d'identification des symptômes et le siège de la prise des décisions et de l'administration des soins. La concession regroupe fréquemment plusieurs ménages, selon des structures d'habitat très variées (Pilon et al., 1997). La morphologie de la concession et les relations entre les individus la composant ont une influence majeure sur la nature et la forme du recours aux soins (Castle, 1993).

³ Les manifestations cliniques du paludisme, par cycles alternatifs et discontinus, prédisposent la population à assimiler une amélioration temporaire à une convalescence définitive, débouchant fréquemment sur un arrêt prématuré des traitements.

Au cours de la dernière décennie, de nombreuses études ont souligné l'importance des rapports de pouvoir liés au statut social pour la détermination des comportements (Locoh et al., 1999). Ainsi, les apports de l'analyse de genre sur le phénomène de fécondité démontrent l'intérêt de la prise en compte des interactions sociales au sein de la famille. Nous souhaitons prolonger ce type d'approche, dans le contexte des comportements de recours aux soins dans l'enfance, par l'analyse des liens entre l'itinéraire thérapeutique et l'environnement familial de l'enfant. Quel est le champ d'intervention et le rôle effectif des différents acteurs de la santé de l'enfant ? En fonction de leurs caractéristiques propres, comment orientent-ils la quête thérapeutique lors d'un accès palustre ? Dans quelle mesure les différences dans les comportements de santé peuvent s'expliquer par la nature des rapports sociaux et la morphologie de l'environnement familial ?

3. Contexte d'étude

L'étude présentée ici a été menée 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+).

La population d'étude habite une trentaine de villages ruraux situés à proximité de la sous-préfecture de *Niakhar*, dans la région de *Fatick*, au Sénégal. Le milieu est fortement sous-équipé en infrastructures : aucun village n'est électrifié, aucune route en latérite ne dessert les villages et la couverture en forages n'assure l'eau potable qu'à 60% des ménages (Delaunay et al., 1998).

La population est presque exclusivement de l'ethnie *Sérère*. En l'an 2000, l'Indice synthétique de fécondité est supérieur à 7 enfants par femme et l'âge moyen des femmes à la première naissance est inférieur à 20 ans. Le taux de croissance naturel, supérieur à 3% au cours des dernières décennies, a conduit à une densité de population sans précédent, supérieure à 150 habitants par Km². La population de la zone d'étude est structurellement très jeune: au 1^{er} janvier 2000, les moins de 10 ans représentent un tiers de la population totale. Le niveau d'instruction est faible, avec des inégalités marquées selon le sexe : en 1997, 75% des femmes et 60% des hommes âgés de 15 à 24 ans sont analphabètes (Delaunay, 1998). L'unité d'habitat est la concession, qui peut regrouper plusieurs ménages avec en moyenne onze personnes.

Au cours des dernières décennies, la pression foncière, les déficits pluviométriques et la grave crise agricole ont remis en cause l'équilibre du système agro-pastoral traditionnel. Une part importante de la population active est contrainte à l'émigration saisonnière et les systèmes familiaux de référence, bousculés, opèrent de multiples mutations (Lericollais, 1999).

Pour l'ensemble du Sénégal, le taux de mortalité infanto juvénile des années 1990 est supérieur à 150‰ et augmente de 4% sur la période 1997-1999, principalement en raison de la mortalité associée au paludisme (PNLP, 2001). Dans la zone d'étude, le niveau d'échec thérapeutique lié à la chimiorésistance est de l'ordre de 20% (PNLP, 2001), avec une hausse significative des taux de mortalité en saison des pluies, période de pic épidémique, au cours des dernières années (Delaunay, 1998).

L'offre médicale de soins est très limitée sur la zone d'étude. En l'absence de médecin, la population a accès à des soins de santé primaire auprès de quatre postes de santé publique et d'un dispensaire privé catholique. Plusieurs cases de santé, approvisionnées et supervisées par les infirmiers des postes de santé offrent des soins de proximité pour les villages éloignés. Très peu équipées, elles sont tenues par un personnel ayant reçu une formation sommaire. L'offre de soins traditionnels est très importante. De nombreux tradithérapeutes sont en activité, couvrant un champ extrêmement large de savoirs et de pratiques.

4. Présentation des données

L'enquête a été menée entre octobre et novembre 2001, en période de prolifération palustre maximale, où le paludisme est de loin la première cause de morbidité. La collecte des données repose sur la couverture exhaustive d'une zone circonscrite de près de 200 Km².

L'échantillon de l'enquête a été établi à partir de la liste exhaustive des enfants de moins de dix ans résidant dans la zone. Trois critères ont guidé la procédure d'inclusion des enfants dans l'échantillon : 1] L'enfant doit être tombé malade dans une période comprise entre six à vingt-trois jours avant le passage de l'enquêteur (période de référence définie pour limiter les biais de mémoire par erreurs ou omissions) ; 2] l'enfant doit avoir présenté des signes de fièvre, accompagnés ou non d'autres symptômes⁴ ; 3] Afin d'éviter les effets de grappe, un seul enfant malade a été enquêté par ménage, et désigné de façon aléatoire.

Pour chaque enfant enquêté, la mère et le père de l'enfant ont été systématiquement interrogés. De plus, deux autres personnes ont pu être interrogées si elles sont intervenues au cours de la maladie ; ce sont le plus souvent les grands-mères de l'enfant et les frères du père de l'enfant. Nous avons élaboré trois types de questionnaires différents et complémentaires, afin de rechercher l'information la plus précise. À partir des réponses données dans le questionnaire *Mère*, un ensemble de filtres sélectionnent les questions à poser au *Père* ou aux personnes *Autres*, lorsqu'ils sont les acteurs effectifs du recours aux soins de l'enfant.

Les trois questionnaires ont une forme et une structure commune. Ils renseignent par des questions fermées et semi-ouvertes sur : 1] les caractéristiques de l'enfant et ses antécédents médicaux ; 2] la prise de décision, le coût et l'administration des soins, pour les soins à domicile et pour les recours externes ; 3] le bilan de la maladie ; 4] les représentations en matière de santé ; 5] les caractéristiques sociodémographiques de la personne interrogée et celles socio-économiques du ménage.

Par ailleurs, dans le but de mieux cerner les caractéristiques de la maladie et de suivre son évolution dans le temps, le questionnaire mère est précédé du renseignement d'une fiche, nommée *récamal*. Cet outil spécifique récapitule l'ensemble des informations sur la symptomatologie et dresse l'historique des soins pratiqués, jour après jour, depuis l'apparition de la maladie jusqu'à la guérison ou le passage de l'enquêteur.

Nous distinguons deux phases dans l'itinéraire thérapeutique. 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 documentés dans la mesure où ils interviennent avant tout recours externe ; les recours externes sont documentés indépendamment de la pratique de soins à domicile. Pour l'appréhension des recours externes, nous avons distingué, d'une part, le suivi d'une consultation avec retour auprès d'un même thérapeute pour la mise en œuvre d'un traitement curatif et d'autre part, la réalisation d'un nouveau recours externe auprès d'un thérapeute différent.

Nous avons documenté 902 épisodes morbides d'enfants âgés de moins de 11 ans. Nous avons complété 902 questionnaires *Mère*, 716 questionnaires *Père* et 186 questionnaires *Autres*. Tout au long de l'enquête, la part des refus et des non-réponses a été marginale, inférieure à 0,5% (n=5) ; 36 épisodes morbides n'ont pas été intégrés à l'échantillon d'analyse en raison de biais de procédure (délai de maladie). Les personnes répondant au questionnaire mère sont à 89,5% les mères biologiques de l'enfant et les personnes répondant au questionnaire père sont à 89,3% les pères biologiques. Dans cette étude, nous assimilerons la

⁴ 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.

mère et le père de l'enfant aux personnes ayant répondu à leurs questionnaires respectifs. Nous signalerons, lorsqu'elles existent, les différences significatives de comportements entre parents biologiques et tuteurs.

L'âge moyen des enfants enquêtés est de 4,3 ans et la distribution par sexe sensiblement équilibrée : la part de garçons est de 51,7% (n=466). Le délai moyen entre l'apparition de la maladie et le passage de l'enquêteur est de 11,4 jours. Au passage de l'enquêteur, 27,6% des épisodes morbides n'étaient pas achevés et la durée moyenne des épisodes morbides terminés est de 4,5 jours. Les personnes interrogées avaient au moment de l'enquête en moyenne 41 ans (n=1762) : 35,6 ans (n=885) pour les mères, 44,9 ans (n=692) pour les pères et 52,7 ans (n=185) pour les autres personnes interrogées.

5. Résultats préliminaires

Pour l'analyse qui suit, nous avons distingué d'une part les soins à domicile, pratiqués spontanément par la famille, et d'autre part les recours externes. Les soins à domicile ont été documentés dans la mesure où ils interviennent avant tout recours externe; en revanche, les recours externes ont été documentés indépendamment de la pratique de soins à domicile. Le recours aux soins est appréhendé à travers plusieurs étapes : 1] la décision du soin, qui peut s'appuyer sur une proposition du soin et/ou sur une discussion ; 2] la réalisation du soin et l'accompagnement de l'enfant pour le recours externe ; 3] la prise en charge financière du coût (éventuel) du recours ; 4] l'administration du soin ou du traitement.

5.1 Définition des acteurs et de leurs rôles dans l'itinéraire thérapeutique

5.1.1 Soins à domicile

La pratique des soins à domicile est généralisée : 91,1 % des enfants reçoivent un soin à domicile et 50,4% des enfants en reçoivent au moins deux. Pour ces soins à domicile, les médicaments sont utilisés dans 42,4% des cas et les massages dans 34,5% des cas.

La mère est à l'initiative de 74,6% des soins à domicile, le père de 10,5%, les grands-mères de 6,9% et les autres personnes de 8,0%. Le tableau 1 décrit une forte variation dans la propension des différentes personnes à décider seul du premier soin à domicile. Lorsqu'elle participe à la décision, la mère décide seule du premier soin à domicile dans la majorité des cas, avec une différence significative entre les tutrices, décidant seules à 85,1% (n=57) et les mères biologiques, à 63,5% (n=339) (Chi deux (p de pearson) < 0,0001). Les propositions du père, des grands-mères et des autres personnes sont le plus souvent inscrites dans le cadre d'une concertation, qui implique la mère de l'enfant dans 73,9% des cas.

TABLEAU 1 : PERSONNE DÉCIDANT SEULE DU PREMIER SOIN À DOMICILE (N=821)

Décideur	Décision seule (n=447)	(%)
Mère (11=601)	396	65,9
Père (11=104)	20	19,2
Grands-mères (11=47)	6	12,8
Autres (11=69)	25	36,2
Pearson = 125,8852 Pr=0,000		

La mère prodigue les soins à domicile dans 85,9% des cas : 95,8% des soins qu'elle a elle-même proposés, 49,0% des soins proposés par le père de l'enfant et 59,5% des soins proposés par les personnes « autres » (Chi deux (p de pearson) < 0,0001).

Les soins pratiqués à domicile content 53 Francs CFA (0,08 €) en moyenne, avec une variation allant de 40 Francs CFA (0,06 €) pour les soins traditionnels à 102 Francs CFA (1,16 €) pour les médicaments (dépenses effectuées après l'apparition de la maladie et dans le but de soigner cet épisode morbide précis). La mère prend financièrement en charge 77,4% des soins à domicile : 80,8% des soins dont elle prend l'initiative, 73,3% des soins proposés par les personnes « autres ». Le père prend en charge 83,3 % des soins à domicile qu'il propose.

En définitive, la mère prend seule en charge et sans concertation l'intégralité du premier soin à domicile dans 47,5% des cas et dans 53,5% des cas ayant entraîné des dépenses monétaires. La répartition des rôles pour la prise en charge des coûts des soins varie peu selon la nature du soin à domicile.

5.1.2 Recours externes

Les recours externes sont peu fréquents : 32,4% des épisodes morbides enquêtés ont donné lieu à un recours externe et 7,3% à deux recours externes. Le recours à une structure médicale représente 58,9% de l'ensemble des recours externes : 40,4% en dispensaire et 18,5% en cas de santé.

Dans 51,4% des cas, le premier recours externe est proposé par la mère de l'enfant, dans 28,4% des cas par le père, dans 11,0% des cas par les grand-mères et dans 8,2% des cas par les autres personnes. La mère propose le second recours externe dans 39,4% des cas, les personnes autres dans 37,9%, des cas et le père 22,7% des cas.

Le recours externe est le plus souvent décidé après concertation de plusieurs personnes : dans 69,9% des cas pour le premier recours externe et dans 75,8% des cas pour le second recours externe. La mère décide le recours externe seule au moins deux fois plus souvent que les autres personnes (Tableau 2), à 28,5% pour les mères biologiques et 50,0% pour les tutrices.

TABEAU 2 : PERSONNE DÉCIDANT SEULE DU PREMIER RECOURS EXTERNE (N=88)

Décideur	Décision seule (n=88)	(%)
Mère (n= 150)	65	43,3
Père (n=86)	17	19,8
Autres personnes (n=56)	6	10,7
Pearson = 26,8323 Pr. = 0,000		

La mère accompagne l'enfant en consultation dans 69,5% des cas de premier recours externe : dans 85,3% lorsqu'elle propose le premier recours, dans 58,1% lorsque le père le propose et dans 44,6% des recours proposés par les personnes « Autres » (Chi deux (p de Pearson) < 0,0001). La mère de l'enfant administre 78,8% des traitements prescrits lors du premier recours externe : 86,7% des traitements lorsqu'elle accompagne le premier recours, 63,9% des traitements lorsque le père a emmené l'enfant en consultation et 60,6% des traitements lorsque les personnes «Autres» ont accompagné l'enfant en consultation (Chi deux (p de Pearson) < 0,0001). La mère administre 83,7% des traitements prescrits à la suite d'un recours qu'elle a proposé, mais également 79,5% de ceux effectués à l'initiative du père et 65,9% de ceux prescrits lors d'un recours à l'initiative des personnes autres (Chi deux (p de Pearson) < 0,0001).

La mère prend en charge financièrement 38,2% des recours externes et 51,1% de ceux où elle accompagne l'enfant en consultation. Le père prend en charge 47,5% des recours externes et 92,7% des recours où il accompagne l'enfant. Les personnes « autres » financent 14,3% des recours dont 58,8% de ceux où ils accompagnent l'enfant.

En définitive, la personne ayant accompagné le recours administre le traitement dans 69,9% des cas, quelle que soit la nature du recours. La mère a entièrement pris en charge seule et sans concerter personne l'intégralité de 13,4% des premiers recours externes. Le premier recours externe a été la réalisation exclusive (proposition du recours, accompagnement de l'enfant et administration du traitement prescrit) d'une personne dans 42,0% des cas.

5.2 Répartition des rôles et choix thérapeutiques

5.2.1 Soins à domicile

Il existe de fortes associations entre la personne ayant proposé les soins à domicile et la nature de ces soins. Le tableau 3 illustre la propension marquée de la mère de l'enfant à recourir aux médicaments et aux massages, la forte orientation du père pour le médicament, l'utilisation fréquente des massages et des autres soins par les grands-mères.

TABLEAU 3: NATURE DES DEUX PREMIERS SOINS À DOMICILE PRATIQUÉS SELON LA PERSONNE LES PROPOSANT

Personne proposant les soins	Médicaments		Massages		Autres soins	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Mère (n=955)	388	40,6	345	36,1	222	23,2
Père (n=133)	91	68,4	20	15,0	22	16,5
Grands-mères (n=88)	16	18,2	46	52,3	26	29,5
Autres (n=103)	48	46,6	30	29,1	25	24,3
Total (n=1279)	483	42,5	441	34,5	295	23,1
Pearson chi2= 62,90 p=0,001						

La chloroquine représente 16,0% des médicaments choisis par la mère de l'enfant, 17,0% de ceux proposés par le père et 14,3% de ceux proposés par les personnes autres.

5.2.2 Recours externes

La mère de l'enfant et les personnes « autres » proposent le plus souvent un recours traditionnel. Le père privilégie fortement le recours aux structures modernes, en premier lieu au dispensaire (Tableau 4). Ces tendances sont accentuées lorsque les décisions sont prises de manière unilatérale : lorsqu'il décide seul, le père s'oriente à 64,7% vers un recours moderne et la mère à 53,9% vers un thérapeute traditionnel.

TABLEAU 4. PERSONNE PROPOSANT LE PREMIER RECOURS EXTERNE SELON LA NATURE DU RECOURS

Personne proposant	Dispensaire		Case de santé		Guérisseur	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Mère (n=150)	53	35,3	19	12,7	78	52,0
Père (n=86)	53	61,6	16	18,6	17	19,8
Autres (n=56)	19	33,3	11	19,6	26	46,4
Pearson chi2(6) = 26,1144 Pr. = 0,000						

La nature des soins administrés varie significativement selon les personnes : plus de 80% des traitements administrés par le père et la mère sont modernes alors que les personnes « autres » administrent des traitements traditionnels dans 60% des cas (Chi deux (p de Pearson) $< 0,0001$)⁵.

Le délai moyen pour le premier recours externe est de 2,4 jours. Il est de 2,3 jours en moyenne pour un recours au tradithérapeute, de 2,4 jours pour un recours en case de santé et de 2,6 jours pour un recours en dispensaire. Le délai moyen de 1^{er} recours externe est de 2,4 jours pour la mère, de 2,3 jours pour le père et de 2,7 jours pour les personnes « autres ».

Le père et les personnes « autres » recourent nettement plus rapidement au tradithérapeute qu'au dispensaire (Tableau 5). La mère de l'enfant a plus rapidement recours à une case de santé, 2,1 jours, qu'à un dispensaire, 2,5 jours. Les mères biologiques recourent plus tardivement aux structures modernes, 2,6 jours, que les tutrices, 2,0 jours.

TABLEAU 5 : DÉLAI MOYEN EN JOURS POUR LE 1^{ER} RECOURS EXTERNE SELON SA NATURE

Personne proposant	Moderne (n=171)	Traditionnel (n= 121)
Mère (n=150)	2,39	2,32
Père (n=86)	2,58	1,71
Autres (n=56)	3,00	2,42

Le délai des recours décidés par une personne seule est de 2,2 jours, sans variations majeures selon la nature du recours. Le délai des recours décidés en concertation est de 2,5 jours, avec une différence entre les recours modernes, à 2,7 jours, et les recours traditionnels, à 2,3 jours.

Le coût moyen d'un recours aux soins moderne est de 1 035 francs CFA contre 171 francs CFA pour un recours à un tradithérapeute. Les recours modernes sont pris en charge par la mère de l'enfant dans 27,9% des cas, par le père dans 58,2% des cas et par les personnes «autres» dans 13,9% des cas (Chi deux (p de Pearson) $< 0,0001$). Les recours traditionnels sont financés à 54,5% (n=55) par la mère, à 30,7% (n=31) par le père et à 14,9% (n=15) par les personnes autres.

La somme mobilisée pour le premier recours externe, est plus importante lorsque le recours a été effectué après concertation, 861 Francs CFA (n= 130), que lorsque le recours a été décidé par une personne seule, 621 francs CFA (n=71). Cette variation de 240 francs CFA, représentant près de 30%, est observée aussi bien pour le recours externe moderne que pour le recours traditionnel.

5.3 Morphologie sociale et pratiques thérapeutiques

La pratique des soins à domicile augmente avec le nombre d'enfants vivants dans la cuisine (= ménage) : dans les cuisines avec un seul enfant, 88,3% reçoivent un soin à domicile et 47,6% en reçoivent au moins deux ; dans les cuisines composées de 2 à 4 enfants, 90,0% reçoivent un soin à domicile et 50,9% en reçoivent au moins deux ; dans les cuisines de plus de 5 enfants, 94,7% des enfants reçoivent un soin à domicile et 52,3% en reçoivent au moins deux (Chi deux (p de Pearson) $< 0,05$).

De manière parallèle, la pratique de plusieurs soins à domicile en association augmente avec le nombre de cuisines : 49,6% pour les concessions composées d'une cuisine, 51,6% pour les concessions comptant deux cuisines et 54,2% pour celles en comptant plus. La fréquence de recours externe tend à diminuer avec le nombre de cuisines : 34,8% pour les

⁵ Significativité soumise à caution en raison de la faiblesse des effectifs.

concessions composées d'une seule unité domestique contre 28,0% pour celles regroupant plusieurs ménages (Chi deux (p de Pearson) < 0,05).

La somme moyenne mobilisée pour le premier recours externe par les concessions à une seule cuisine est de 661 Francs CFA (n=142), de 981 Francs CFA (n=28) pour les concessions à deux cuisines et de 1 120 Francs CFA (n=31) pour les concessions comportant au moins trois cuisines. Les membres de concessions à plusieurs noyaux mobilisent des sommes supérieures à 1 500 Francs CFA dans 21,2% des cas contre 13,2% pour les concessions à une seule cuisine. La part des recours tentés sans argent, en comptant sur un crédit ou une gratuité des soins est de 14,2% dans les concessions composées d'une seule cuisine et de 8,2% dans les concessions composées de plusieurs cuisines.

La répartition des rôles dans la quête thérapeutique est également sensible aux variations de la composition de la concession. Lorsque l'enfant vit avec ses parents biologiques, la propension à faire un recours externe, 33,5%, est supérieure à celle des enfants vivants avec une tutrice, 23,2% (Chi deux (p de Pearson) < 0,05). Les personnes « autres » proposent le premier recours externe dans 5,5% des concessions composées d'une cuisine, dans 8,9% de celles regroupant deux cuisines et dans 19,6% de celles composées d'au moins trois cuisines (Chi deux (p de Pearson) < 0,01).

Le tableau 6 montre une évolution non linéaire de la propension des ménages à effectuer un recours externe et du délai du premier recours selon la composition de la cuisine. Pour les cuisines à un enfant, la part de recours externe est faible et le recours tardif; pour les cuisines comptant de 2 à 3 enfants, la part de recours est maximale et le délai minimal; la part de recours diminue et le délai augmente à partir de 4 enfants par cuisine.

TABLEAU 6 : PROPENSION À EFFECTUER UN RECOURS EXTERNE ET DÉLAI DU PREMIER RECOURS EXTERNE SELON LE NOMBRE D'ENFANTS DE MOINS DE 7 ANS DANS LA CUISINE

Nombre d'enfants par cuisine (n=902)	Recours externe (%)	Délai 1 ^{er} recours en jours
1 enfant (n=145)	26,9	2,77
2 à 3 enfants (n=365)	35,9	2,30
4 à 5 enfants (n=217)	31,8	2,45
6 enfants et plus (n= 175)	30,3	2,53

La part du premier recours externe décidé en concertation diminue à mesure que la taille de la cuisine augmente. Parmi les épisodes ayant duré plus de 10 jours avant le passage de l'enquêteur, la décision de recours externe a été collective dans 82,6% des cuisines de moins de 10 membres et dans 63,2% des cuisines comptant plus de 10 membres (Chi deux (p de Pearson) < 0,05).

La propension à effectuer un recours externe est de 27,7% dans les cuisines avec un enfant de moins de 6 ans et moins de 5 adultes de moins de 50 ans; elle est de 28,9% pour celles composées de plus de 5 enfants et de 2 à 4 adultes et de 36,8% pour celles composées de 2 à 4 enfants et d'au moins 3 adultes.

6. Discussion

La mère de l'enfant intervient le plus fréquemment dans l'itinéraire curatif et occupe une place prépondérante tout au long de la quête thérapeutique. Elle exerce une influence réelle sur la conception des modalités thérapeutiques, ce qui tend à nuancer d'autres résultats issus d'études de population africaine : « *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).

L'intervention de la mère de l'enfant n'est cependant pas uniforme à tous les stades et pour toutes les étapes de la quête thérapeutique. Son activité est avant tout centrée sur la mise en œuvre des choix thérapeutiques. Le premier domaine de compétence de la mère de l'enfant est l'administration des soins : elle assure le suivi des traitements dans près de 70% des cas, même si d'autres personnes ont accompagné le recours externe (Chi deux (p de Pearson) $< 0,0001$). De plus, l'activité de la mère de l'enfant est plus intense pour les soins à domicile que pour les recours externes. Sa participation diminue avec le temps de maladie et sa marge d'initiative se réduit peu à peu : elle propose 74,6% des soins à domicile, 51,4% du premier recours externe et 39,4% du second recours externe.

La mère est omniprésente à tous les stades de l'itinéraire curatif, sauf pour la prise en charge financière. Les limites de son champ d'intervention dans la quête thérapeutique semblent principalement définies par le poids des contraintes. La mère de l'enfant finance plus de la moitié des recours externes traditionnels et moins du tiers des recours médicaux : si la mère peut s'acquitter de soins à domicile coûtant en moyenne 50 Francs CFA ou d'un recours traditionnel de 170 Francs CFA, il lui est plus difficile d'assurer un recours au dispensaire, dont le coût moyen est supérieur à 1 000 Francs CFA.

Les membres de l'entourage de l'enfant s'insèrent dans un modèle de prise de décision multiforme. Dans une première phase, la maladie de l'enfant est placée dans la sphère de responsabilité maternelle : la mère de l'enfant est relativement autonome et pratique seule les soins les plus accessibles, dans un délai minimal. Dans une seconde phase, le père et éventuellement d'autres personnes interviennent, selon un profil décisionnel intégrant une dimension de concertation. Bien que dépositaires de l'autorité morale et le plus souvent du pouvoir économique, le père et les grand-mères conçoivent le plus souvent le recours externe dans la discussion. La dimension collective apparaît comme une ouverture permettant de surmonter une situation posant problème. Ces obstacles peuvent être financiers : 76,8% ($n=96$) des recours externes au dispensaire sont décidés dans la concertation contre 64,7% ($n=108$) pour les autres recours externes (Chi deux (p de Pearson) $< 0,10$). Les difficultés peuvent également être de nature sociale, lorsque l'enjeu du recours souligne les rapports d'autorité morale et augmente le risque de conflits de personnes. Les personnes extérieures au couple parental et à la parenté directe interviennent relativement rarement dans la quête thérapeutique. Leur action s'inscrit principalement dans la concertation, comme une forme d'appui tardif à une situation dépassant les tenants directs de la santé de l'enfant.

Les différents acteurs de la santé de l'enfant influencent la nature des choix thérapeutiques effectués à tous les niveaux de la quête thérapeutique. La mère de l'enfant privilégie plutôt les guérisseurs traditionnels pour les recours externes, le père de l'enfant propose principalement des soins de type moderne et les grand-mères orientent surtout vers les soins traditionnels. Le tableau 7 synthétise les caractéristiques de l'intervention des différents acteurs pour l'ensemble des paramètres de la quête thérapeutique.

Il apparaît important de dissocier, dans l'analyse des comportements, les effets des choix individuels et les effets liés à la répartition sociale des rôles pour soigner l'enfant. En effet, les mécanismes de prise de décision influencent la nature des choix thérapeutiques. Si les choix effectués par les grand-mères de l'enfant s'inscrivent dans une logique thérapeutique privilégiant les soins traditionnels, les différences entre les choix de recours externes faits par la mère et le père de l'enfant ne sont pas le simple prolongement de représentations différentes de la maladie. Les tendances observées sont également le résultat d'un découpage social des rôles, imposé par les rapports de genre et les mécanismes de distribution des ressources au sein de la famille *Sérère*. La mère de l'enfant, en contact permanent avec le jeune enfant, est la première à prodiguer des soins et cherche des solutions rapides : souvent dans l'incapacité de pouvoir faire face aux dépenses du dispensaire, elle consulte les thérapeutes traditionnels. Le père, désigné par la tradition comme le responsable « financier » de la cellule domestique

(Troy, 1996), a pour obligation morale de subvenir aux besoins des enfants : il lui incombe de prendre en charge un recours externe onéreux, d'où une tendance à être plus fréquemment impliqué dans les recours externes modernes. La tendance du père à décider dans la concertation et après des délais relativement longs peut dès lors s'expliquer par son intervention en deuxième instance, après les premiers soins tentés par la mère, pour surmonter les difficultés d'accessibilité au recours en structure médicale.

TABLEAU 7 : PROFIL DE DÉCISION DES DIFFÉRENTS ACTEURS DE LA QUÊTE THÉRAPEUTIQUE

		Mère	Père	Grand-mères	Autres	
Soins à domicile	Type de décision	Seule	Concertation	Concertation	Mixte	
	Type des soins	Mixte	Moderne	Traditionnel	Mixte	
	Administration	Très fréquente	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	Moderne	Traditionnel	Moderne	
	Délai	Assez rapide	Peu rapide	Tardif	Tardif	
	Administration	Fréquence	Très fréquent	Rare	Rare	Rare
		Nature	Moderne	Moderne	Traditionnel	Traditionnel
	Financement	Fréquence	Fréquent	Fréquent	Rare	Rare
Nature		Mixte	Moderne	Mixte	Mixte	

Le statut de l'enfant et celui des adultes en ayant la charge influencent les pratiques thérapeutiques. Les femmes remplissant la *fonction* de tutrice sont plus autonomes que les mères biologiques, mais les enfants dont elles ont la charge bénéficient moins souvent d'un recours externe.

La structure et la forme du ménage influencent les pratiques thérapeutiques. La morphologie de la concession a des effets sur la nature des soins pratiqués. Ainsi, la taille de la cuisine et la répartition par âge des habitants influencent la propension à effectuer un recours externe: dans une cuisine de taille réduite, les coûts indirects engendrés par un déplacement au dispensaire sont les plus importants. La composition de la concession a également des effets sur l'organisation du recours. Ainsi le nombre de cuisines dans la concession joue sur les sommes mobilisées pour le recours externe ; les personnes « autres » interviennent plus fréquemment dans les concessions de grande taille ; la présence effective dans la concession des grands-mères de l'enfant limite l'implication de la mère à tous les stades du recours aux soins.

7. Conclusion

La famille apparaît comme un cadre d'analyse privilégié pour l'étude des comportements de recours aux soins dans l'enfance. La répartition sociale des rôles influence fortement les pratiques en matière de santé, dans un environnement où « l'errance » thérapeutique a de graves conséquences : « si tous les enfants africains étaient correctement traités, on constaterait un allègement immédiat de la charge totale du paludisme » (OMS, 1999, p.63).

L'action des différents membres de l'entourage de l'enfant s'inscrit dans un champ défini et relativement spécialisé de rôles. Les comportements de recours aux soins sont insérés dans des rapports sociaux plus larges, définissant le champ d'action des différents acteurs. Le rôle de la mère de l'enfant est bien plus complexe que celui renvoyé par l'image caricaturale de la femme dépendante du bon vouloir de son mari. Elle est la principale actrice du recours aux soins, la première force de proposition et l'unique responsable de la maladie à son début. L'intervention du père de l'enfant et des autres personnes semble guidée par trois paramètres:

1] la durée de la maladie dans le temps; 2] l'évolution de la symptomatologie; 3] le coût anticipé du recours.

L'intervention de différentes personnes aux multiples stades de la construction du recours aux soins apparaît comme un facteur majeur de baisse d'efficacité des soins modernes. Ainsi, le fait que dans plus de 30% des cas, la personne recevant les explications d'un infirmier concernant les règles de posologie, d'espacement et de durée de prise des médicaments ne soit pas celle administrant le traitement est un facteur majeur de mauvaise observance des médicaments antipaludiques. En outre, une véritable réflexion doit être menée sur les facteurs explicatifs de l'utilisation marginale des médicaments antipaludiques dans les soins à domicile: la mère de l'enfant, le père et les autres personnes ont tous en commun de privilégier des médicaments inopérants sur le paludisme.

La morphologie et la composition de la concession, définissant la nature des liens familiaux et les rapports au sein du ménage, apparaissent comme des facteurs majeurs de l'itinéraire thérapeutique. Il apparaît intéressant d'approfondir ces observations, cohérentes avec la revue de la littérature (Castle, 1993), pour définir la morphologie des concessions propices à la mise en œuvre des soins curatifs recommandés par les autorités sanitaires et pour dégager des facteurs explicatifs des variations observées.

La mère de l'enfant en premier lieu, puis tout la famille, déploie d'importants efforts pour soigner l'enfant malade. Dans la perspective d'améliorer l'efficacité des soins donnés aux enfants, il apparaît important de s'interroger sur les moyens d'impliquer plus précocement dans la maladie le père de l'enfant et l'ensemble des autres personnes susceptibles d'intervenir et de faciliter l'accès au dispensaire, en particulier pour la mère de l'enfant qui dispose le plus souvent de moyens limités.

L'ensemble des pistes d'analyse dégagées par ces résultats descriptifs appelle des recherches plus approfondies, mettant en jeu d'autres variables explicatives. Il apparaît en particulier intéressant d'associer les corrélations avec d'autres paramètres, tels que les caractéristiques symptomatologiques, les représentations en matière de santé et le statut de l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

- ADJAMAGBO A., GUILLAUME A., KOFFI N., (eds.), 1999. *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*, IRD, Paris, 165 p.
- ALBRECHT J., ASIF A., 1995. « Father's perception of child health in a squatter settlement, Karachi », *Health Transition Review*, vol5, n02.
- BARBIERI M., 1993. « Niveaux, tendances et structure par âge de la mortalité des enfants en Afrique sub-saharienne : une analyse des enquêtes démographiques de santé », in *Mortalité infantile et juvénile en Afrique : bilan des recherches et politiques de santé*, Séminaire, Yaoundé, pp.247-276.
- 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, n01, pp.77-90.
- BRUCE J., LLOYD c., 1992. « Finding the ties that bind: beyond headship and household », *Population Council*, Working Paper n041, New York.
- CASTLE S., 1993. « Children's illness management in rural Mali », *Health transition Review*, vol.3, n° 2, pp.137-158.

- DELAUNAY V., 1998 « Mortalité des enfants », in : *La situation démographique et épidémiologique dans la zone de Niakhar au Sénégal 1984-1996* (V. Delaunay et al.), ORSTOM, Dakar, 132 p.
- DOZON J.P., SINDZINGRE A.N., 1986. *Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle, la santé dans le tiers-monde*, Prévenir, France.
- 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*, (H. Gérard et V. Piché), PUM/AUPELF-UREF, Montréal, pp.289-325.
- GODIN G., 1988. « Fondements psychosociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé », in *Santé Société* n° 2, pp.5-20.
- GUIGOU B., 1995 « La composition familiale du groupe domestique », in *Les paysans Serer : permanences et changements* (C. A. Lericollais), Paris.
- HOBcraft J., 1993. « Women's education, child welfare and child survival », in *Health Transition Review* Vol. 3, n° 2, pp.159-173.
- KROEGER A., 1983. « Health Interview surveys in developing countries a review of the methods and results », in *international Journal of epidemiology*, Oxford University Press, Vol. 12, n° 4, pp. 465-481.
- LERICOLLAIS A., 1999. « La dégradation de l'aménagement agraire », in *Paysans sereer. Dynamiques agraires et mobilités au Sénégal* (A. Lericollais, ed.), Paris, pp.118-140.
- LOCOH T., N'GUESSAN K., (Eds.), 1999. *Genre, population et développement en Afrique de l'Ouest*, FNUAP. ENSEA, Abidjan, pp.137-144.
- OMS, 1999. *Rapport sur la Santé dans le Monde 1999*, Sadag, France
- OUEDRAOGO C., 1999. « Pluralité des soins aux petits enfants. Le cas des Moose de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) », in *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*, (A. Adjamagno et al.), IRD, Paris
- PAYET M., SANKALE M., (sous la direction de.), 1968. *Épidémiologie et prophylaxie des endémies dominantes en Afrique noire*, Masson & Cie, Paris
- PILON M., 2000. « Ménages et Familles en Afrique sub-saharienne : du village à la capitale, entre permanence et changement », Université Paris V, Thèse de III^{ème} cycle
- PILON M., LOCOH T., VIGNIKIN E., VIMARD P., (sous la direction de.), 1997. *Ménages et familles en Afrique, Approches des dynamiques contemporaines*, Les études du Ceped n° 15, Paris, 402 p.
- DIRECTION DES GRANDES ENDÉMIES, MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU SÉNÉGAL, 2001. *Programme National de Lutte contre le Paludisme*, Dakar, 191 p.
- TRAPE J.F., PREZIOSI M.P., SOKHNA c., MOLEZ J.F., SIMONDON F., 1998. « 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*, (V. Delaunay et al.), ORSTOM, Dakar, pp. 689-697.
- TROY A., 1996. *Solidarités féminines et construction du genre féminin chez les Sereer du Sénégal*, Maîtrise d'ethnologie à Paris X Nanterre, 289 p.
- YOUNG J.C., 1981. « Non-use of physicians : methodological approaches, policy implications, and the utility of decision models », in *Social Sciences & medicine review*, Vol. 15b, pp. 499-507.