

# Représentations et pratiques en matière de paludisme chez les personnes en charge des enfants de moins 5 ans en milieu rural de la province du Houet

---

Drabo K. M.<sup>1</sup>, Tarnagda Z.<sup>1</sup>, Zèba A. N.<sup>1</sup>, Seri L.<sup>2</sup>, Ouédraogo J. B.<sup>1</sup>, Kaboré I.<sup>1</sup>, Rouamba J.<sup>1</sup>, Guiguemdé T. R.<sup>2</sup>

## Résumé

Au Burkina Faso, environ 600 000 cas de paludisme sont recensés par an dont 30 % surviennent chez les enfants de moins de 5 ans. C'est au niveau de la famille que les cas sont suspectés, le plus souvent avant tout recours.

Une étude portant sur les perceptions et pratiques des mères et nourrices d'enfants de moins de 5 ans a eu lieu en 2001 dans 18 villages de la région sanitaire du Houet. Les résultats montrent que plusieurs noms sont donnés aux différentes variétés du paludisme. La couleur jaune des yeux et des urines, la perte de connaissance et la blancheur des yeux et de la paume des mains sont des signes très souvent utilisés pour décrire le paludisme. La démarche d'identification des formes simples et graves du paludisme de nos enquêtés est comparable à celle du Programme National de Lutte contre le Paludisme. Les premiers conseils et soins sont prodigués par l'entourage de l'enfant malade (maman, nourrice, grand mère).

Pour améliorer la prise en charge des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, les professionnels de santé devraient mieux intégrer les démarches diagnostic et thérapeutique des populations locales dans l'élaboration des stratégies de masse.

**Mots clés :** paludisme, prise en charge à domicile, système de représentation.

## Abstract

Background: In sub-saharian Africa, malaria is one of the deadliest diseases which continuous to inflict immense misery. In Burkina Faso, more than 600000 clinical cases are annually recorded. Objective: A study was conducted in 2001 in 18 rurale villages aiming to evaluate the understanding and pratices of mothers and nurses in charge of under five children concerning malaria. Results: According to the mothers, malaria is due to different factors such as climate, food, mosquitoes. Nevertheless other natural or mystic co-factors are necessary for the expression of the disease. Most of the mothers identified correctly a lot of malaria symptoms. The very important issue is therefore how health care providers could integrate the daily life issues of people in the process of case management thus being more convincing and setting up an effective process of dialogue. Conclusion: Understanding community perceptions of aetiology, symptom identification and treatment of malaria is an important step towards the control of the disease. These results obtained could be helpful in defining sound strategies in communication and health promotion for a better malaria case management at home.

**Keywords:** malaria, home case management, cultural conceptions.

---

<sup>1</sup> Institut de recherche en sciences de la santé. DR Bobo-Dioulasso ; 01 BP 545 Bobo-Dioulasso 01 Burkina Faso : Tél./Fax : (226) 97 48 68.

<sup>2</sup> Centre Muraz ; 01 BP 545 Bobo-Dioulasso 01 Burkina Faso : Tél./Fax (226) 20 97 01 02.

## Introduction

Environ 300 à 500 millions de nouveaux cas de paludisme sont annuellement observés dont 90 % en Afrique subsaharienne. Ce fléau tue 1,1 à 2,7 millions de personnes dans le monde dont environ 1 million sont des enfants de moins de 5 ans de l'Afrique subsaharienne. Des taux de létalité de 10 à 30 % ont été observés chez des enfants transférés à l'hôpital avec un paludisme grave, taux encore plus élevés dans les régions rurales où les malades n'ont guère la possibilité de se faire soigner convenablement (SNOW *et al.*, 1999).

Le Burkina Faso est un pays de l'Afrique de l'Ouest dont 56 % des habitants ont moins de dix-huit ans et où les femmes représentent plus de la moitié de la population. On y estime à environ 600 000 le nombre annuel de cas de paludisme dont 30 % survient chez les enfants de moins de 5 ans (Annuaire statistique, 2002). Outre les vies perdues et la baisse de productivité due à la maladie, le paludisme entrave également la scolarité des enfants et le développement social en raison de l'absentéisme et des conséquences des accès graves de cette maladie.

Depuis 1995, le programme national de lutte contre le paludisme s'efforce d'améliorer la qualité de la prise en charge des cas de paludisme en milieu rural du Burkina Faso. La principale stratégie est la prise en charge précoce et correcte des cas au niveau des structures de soins et au niveau communautaire. Les cas sont suspectés le plus souvent au niveau des ménages avant tout recours. Donc les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans sont des relais incontournables pour la prise en charge précoce des cas. Ce travail présente le résultat des investigations concernant les représentations et pratiques des mères et nourrices d'enfants de moins de 5 ans en matière de paludisme dans un milieu où le dioula est la langue couramment parlée.

## Matériels et méthodes

Il s'agit d'une enquête transversale du 8 au 29 décembre 2001 et ayant concernée 18 villages dans la partie rurale de la province du Houet. Les représentations et pratiques en matière de paludisme ont été étudiées chez les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans (mères, grand'mères, nourrices). Les villages ont été retenus par la méthode de sondage en grappe partant d'une population de la province estimée à environ 1 200 000 habitants. Les villages ont été sélectionnés puis le nombre de personnes à enquêter a été estimé proportionnellement à la taille de la population de chaque village retenu. Partis du centre dans chaque village, les enquêteurs sont rentrés dans les ménages en suivant un itinéraire rotatif centrifuge (du centre vers la périphérie du village) jusqu'au prorata du nombre de personnes à enquêter. Dans chaque ménage, toutes les mères et/ou les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans sont interrogées avec leur consentement verbal. La taille calculée de l'échantillon était de 1 277 sujets, pour une précision de 5 %, un niveau de confiance de 95 %, une prévalence attendue du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans de 30 % et un effet grappe de 2. En considérant un taux d'attrition de 10 %, la taille finale de l'échantillon était de 1 419 personnes. Les données ont été quantitativement analysées à l'aide du logiciel EPI Info.

## Résultats

Au total, 1 458 personnes en charge d'au moins un enfant de moins de 5 ans ont été interviewées dans 438 ménages répartis dans 18 villages. Pour l'analyse des résultats, 1 401 interviews individuels de bonne qualité et 23 discussions en groupe focalisé (de 10 à 12 participants) ont été exploités.

## Les différents noms et les significations du paludisme

En général, le terme « SUMAYA » est communément utilisé par les enquêtés pour désigner le paludisme. Cependant, la maladie se décrit différemment selon son expression clinique et plusieurs noms représentant des variétés de la maladie sont donnés.

En ce qui concerne le paludisme simple, les noms « SUMAYA » ou « SUMAYA FITINI » ou encore « SUMAYA DENI » sont utilisés. Les deux dernières appellations peuvent être littéralement traduites comme étant « un petit paludisme ». Selon les enquêtés, c'est la forme la moins dangereuse qui se décrit comme suit : « cette forme peut se traiter exclusivement avec les plantes médicinales ; cette forme ne peut guère aliter le malade ; généralement après avoir bu les décoctions, le malade vomit la maladie et recouvre rapidement sa santé ». Tous les enquêtés affirment être capable de reconnaître le paludisme simple. Le « SUMAYA FITINI » peut évoluer vers une forme grave.

En ce qui concerne le paludisme grave, cette forme s'appelle selon ses caractéristiques symptomatiques « SUMAYA BA », « KONO », « SUMAYA GWE », « JOKUOJO », « SUMAYA BOBO » et « SUMAYA WOULEN ». Les trois premiers noms sont les plus utilisés : a) « SUMAYA BA » (littéralement traduit : grand paludisme) se déclare lorsque le « SUMAYA FITINI » ou « SUMAYA DENI » n'a pas été reconnu et/ou traité suffisamment tôt, c'est-à-dire dans les deux jours environ après son déclenchement. Les principaux symptômes de « SUMAYA BA » chez l'enfant malade sont : les urines jaunes, l'absence d'appétit, l'atonie, les douleurs à la moindre palpation de son corps. b) « KONO » est le nom d'un petit oiseau. Cette forme grave de paludisme peut être la conséquence d'un paludisme simple ou survenir lorsque l'oiseau incriminé survole l'endroit où se trouve l'enfant ou même une femme enceinte. Dans ce dernier cas la maladie survient chez le bébé environ 5 à 6 mois après l'accouchement. La représentation de l'oiseau pourrait venir du fait que lors de la crise convulsive, l'attitude de l'enfant est comparée à celui de l'oiseau incriminé face à un prédateur. Les maîtres symptômes de cette forme de paludisme sont neurologiques (convulsion et perte de connaissance). Sur le plan thérapeutique les enquêtés décrivent deux situations : a) quand la forme « KONO » survient à la suite de la forme simple, on peut traiter le malade à l'hôpital (médecine moderne) ; b) lorsque l'oiseau est incriminé dans l'apparition de cette forme de paludisme grave, le cas ne peut être traité à l'hôpital et il faut alors recourir aux tradithérapeutes. c) « SUMAYA GWE » (paludisme blanc). La coloration blanche des yeux et de la paume des mains (probables signes d'anémie) consacre la sévérité de la maladie. Dans ce cas, toute injection intra-musculaire conduit au décès du malade, d'où il faut éviter les centres de santé.

## L'identification des différentes formes de paludisme par les enquêtés

Plusieurs critères sont utilisés par nos enquêtés pour distinguer la forme simple de la forme grave du paludisme (tableau I). On remarque que dans le paludisme simple « SUMAYA DENI » le corps chaud (80,8 %) les vomissements/diarrhée (66,4 %) sont les maîtres symptômes. Dans les formes graves les maîtres symptômes sont les urines et conjonctives jaunes (63 %) pour « SUMAYA BA », les convulsions (41,7 %) et la perte de connaissance (75 %) pour « KONO ». En comparant les symptômes diagnostics du Programme National de Lutte contre le Paludisme et ceux de nos enquêtés, on remarque qu'il y a une convergence pour l'identification des formes simple et grave du paludisme. En outre, les enquêtés affirment que le paludisme simple « SUMAYA FITINI » peut évoluer vers une forme grave si le traitement n'est pas efficace et précoce.

Cependant, les symptômes, la cause et les cibles du paludisme sont très souvent étroitement liés. C'est ainsi que la forme grave « KONO » touche spécifiquement les enfants de moins de 2 ans (ceux n'ayant pas encore été sevrés de l'allaitement maternel), alors que les autres formes graves « SUMAYA BA » et « SUMAYA GWE » peuvent se contracter par tout le monde (enfants comme adultes). Toutes les formes de paludisme grave sont plus dangereuses pour les enfants à cause de leur fragilité selon nos enquêtes.

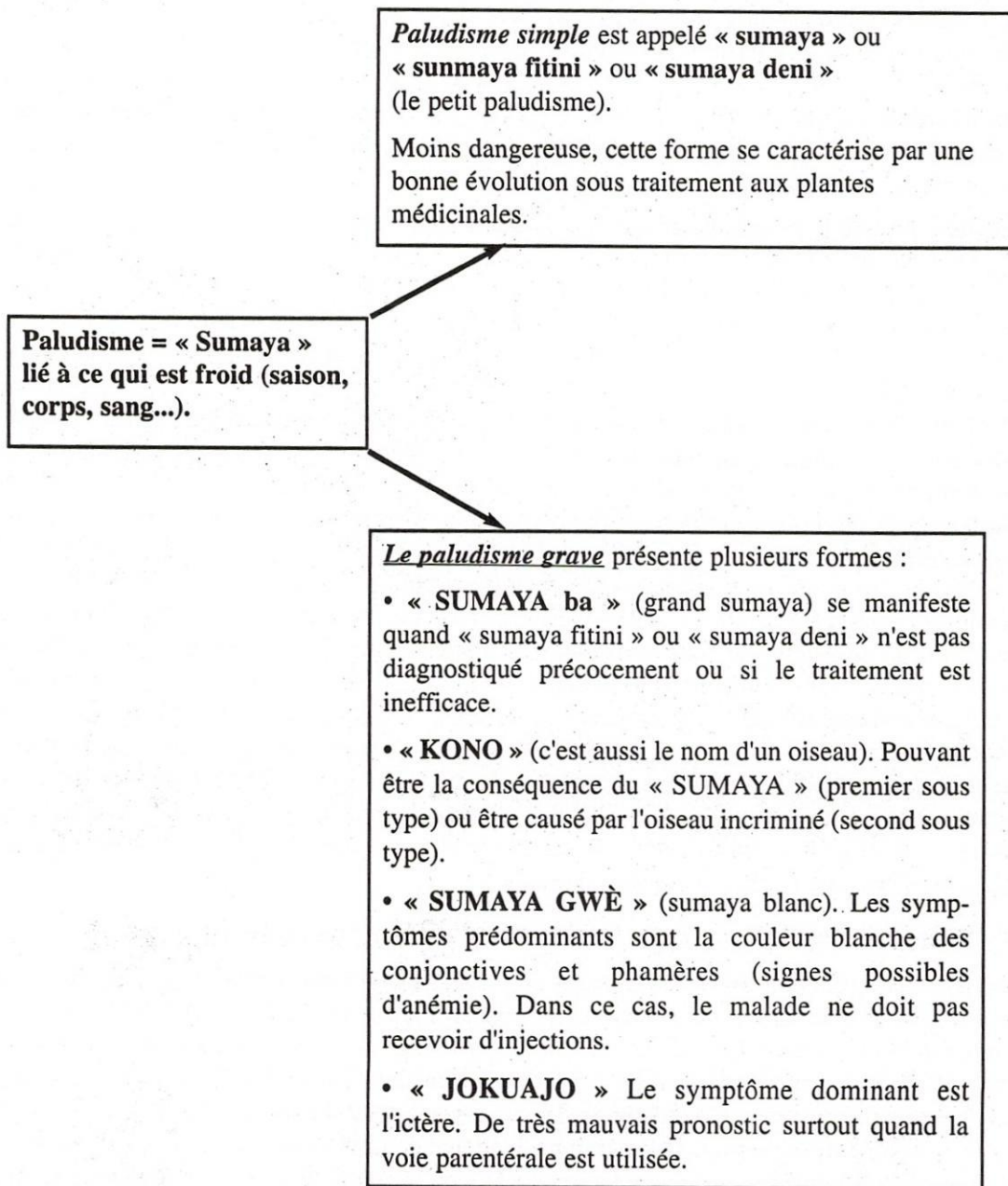


Figure I. Le paludisme dans le langage de nos enquêtes ( le Dioula est la langue la plus couramment parlée)

**Tableau I.** Symptômes dans les différentes formes de paludisme selon nos enquêtés.

Symptômes	Paludisme simple		Paludisme grave
	Sumaya deni	Sumaya ba	Kono
Corps chaud (fièvre ?)	80,8 %	0	0
Vomissements / diarrhée	66,4 %	10,2 %	0
Frisson	9,4 %	0	0
Maux de tête	7,1 %	0	0
Convulsion	0	2,7 %	41,7 %
Urines et conjonctives jaunes (ictère?)	0	63 %	0
Corps raide (coma ?)	0	0	75 %

### Les causes et les modes de transmission du paludisme selon nos enquêtés

Les causes citées peuvent être classées en trois groupes : a) les causes liées au climat évoquées par 67 % des personnes interrogées, dont l'humidité, le vent, l'exposition au soleil et l'eau stagnante ; b) les causes liées à l'alimentation évoquées par 34 % des enquêtés, dont les aliments sucrés (bananes, sucre, mangues...), l'huile dans les aliments, les aliments souillés par les mouches ou la poussière, et le lait d'une mère impaludée ; c) pour 14,3 % des personnes interrogées, le paludisme peut être l'expiation d'une faute commise par un des parents de l'enfant (rapports sexuels avant le sevrage de l'enfant, adultère...) ou l'effet d'un sort/malédiction jeté (e).

### Les modes de transmission du paludisme sont décrits par seulement 29,6 % des enquêtés

Plus de la moitié (59,4 %) affirment ne rien connaître. Lorsque le cycle de transmission est décrit, les moustiques jouent effectivement le rôle de vecteur. En effet, les moustiques deviendraient infectieux au contact de toute eau ou tout aliment souillé par les poussières ou des phénomènes mystiques. C'est en piquant toute personne non protégée autant sur le plan physique que mystique que le moustique transmettrait alors le paludisme.

### Les pratiques thérapeutiques

Selon 76,4 % des enquêtés, c'est dans l'entourage de la personne en charge de l'enfant (maman, nourrice, grand'mère) que les premiers soins sont prodigués lorsqu'un paludisme est suspecté. Ensuite on a recours aux tradithérapeutes et enfin aux centres de santé. Les enquêtés utilisent divers moyens thérapeutiques, mais ils préfèrent en première intention soit les médicaments modernes, soit les médicaments traditionnels plutôt qu'une association des deux types (tableau II).

**Tableau II.** Choix thérapeutiques lors de la prise en charge des cas de paludisme.

Types médicaments	1 <sup>re</sup> intention	2 <sup>e</sup> intention	3 <sup>e</sup> intention
Médicaments de la médecine moderne	62,5 %	57 %	48,9 %
Médicaments de la médecine traditionnelle	34,4 %	39,5 %	34,6 %
Association de médicaments modernes et traditionnels	2,8 %	3,5 %	15,2 %
Aucun traitement	0,2 %	0,1 %	1,3 %

\*la première intention, c'est lorsque le cas est suspecté.

\*la deuxième intention, c'est quand le premier traitement ne donne pas de résultat satisfaisant

\*la troisième intention, c'est lorsque le second traitement ne donne pas de résultat satisfaisant

## Les comportements à risques lors de la prise en charge des cas de paludisme

Certaines pratiques fréquentes lors du traitement antipaludique peuvent exposer le malade. Il s'agit de l'arrêt du traitement en cours reconnu par 69,3 % des enquêtés, pour diverses raisons (manque de ressources financières, changement de traitement, oubli...). Cela peut survenir autant quand l'enfant va mieux, que quand son état de santé ne s'améliore pas. Il s'agit également du refus d'allaiter l'enfant malade qui vomit (18,7 %), du refus de laver l'enfant dont le corps est chaud (28,2 %) et de l'administration colique de décoctions en cas de diarrhée (25,4 %).

## Discussion

Représentations et attitudes concernant le paludisme. Le nom SUMAYA vient de « SUMA » qui veut dire ombre ou froid et « YA » qui veut dire situation. Alors le mot SUMAYA qui veut dire paludisme est associé à la saison froide et/ou humide, correspondant à la période de forte multiplication des anophèles. En 1996, Bonnet avait fait le même rapprochement chez les Mossi (ethnie majoritaire au Burkina Faso) où le paludisme est associé à des plantes qui ne produisent leurs fruits qu'en saison humide : « SABGA », « WEOGO ». Les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans distinguent bien la forme simple des formes graves de paludisme dont l'issue n'est pas du tout la même selon l'attitude thérapeutique adoptée. On pourrait alors organiser la prise en charge des cas en partant du système de suspicion de la maladie propre aux mères et nourrices. Ceci aurait pour avantage de ne pas bousculer leur système de représentation, source connue de démobilisation. Cependant dans leur cas, l'entité pathologique, le maître symptôme et l'étiologie sont parfois confondus comme dans le KONO et le SUMAYA GWE. La classification des entités pathologiques selon la gravité peut être utilisée dans la mise en place d'un système de prise en charge précoce à base communautaire. Ainsi, la gravité du paludisme augmente entre le KONO, le SUMAYA GWE et le JOKUAJO correspondant respectivement aux formes graves avec convulsions, ceux avec anémie et ceux avec ictère. Ces stades correspondent effectivement à un renforcement du paludisme dans le temps, l'anémie survenant après l'ictère hémolytique et les crises convulsives.

Le système de représentations concernant le paludisme est très souvent lié au quotidien des gens. Le même constat a été fait au Zimbabwe (TSUYUOKA, 2001), en Ethiopie (YENENEH, 1993), aux Philippines (MIGUEL, 1999), au Kenya (MUNGUTI, 1998) et en Ouganda (KENGEYA-KAYONDO, 1994) où des facteurs provenant du climat, de la végétation et du règne animal sont souvent utilisés pour la description des maladies et de leurs étiologies. Même si le moustique est en cause, la chaîne de transmission décrite reste différente de celle de la médecine moderne. Néanmoins, la notion essentielle de la transmission d'un malade à une personne saine par l'intermédiaire du moustique apparaît dans certains cas et le recoupement s'arrête au niveau de l'implication de facteurs mystiques évoqués par les enquêtés. En réalité, le rejet brutal de ces facteurs par le personnel de santé lors des activités d'information entraîne bien souvent une démobilisation de l'auditoire. Il serait alors préférable de ne pas en parler ou pourquoi pas, de le mettre sur le compte de l'ignorance des agents de santé.

Un grand nombre de cas de paludisme sont reconnus par les mères et nourrices. Cependant, leur attitude thérapeutique est fonction de l'interprétation étiologique. Il en résulte parfois un refus d'administration des médicaments par voie parentérale lorsque l'enfant malade est pris en charge au centre de santé et des retards enregistrés dans ce recours. En effet, les parents prennent le

temps de s'assurer qu'il ne s'agit pas de l'une des deux formes (SUMAYA GWE et JOKUOJO), avant de recourir au centre de santé. Un comportement similaire a été décrit dans d'autres régions du Burkina Faso (FASSIN, 1992) et au Sénégal (BONNET, 1986).

Ce sont dans les ménages que le premier diagnostic présomptif du paludisme chez les enfants est fait. Des études indiquent que le traitement commence également à domicile par une automédication ou une prescription venant de l'entourage proche du malade (BAUME, 2000 ; SONDO & SOUBEIGA, 1997 ; BRINKMANN *et al.*, 1991). Les traitements à domicile représentent 2/3 des alternatives de soins dans notre étude. Alors la prise en charge précoce et correcte des cas à domicile devrait être mieux organisée (THERA, 2000). Les tradithérapeutes et les chefs de ménages devraient être inclus dans le processus de prise en charge des cas à domicile. En effet, c'est quand le traitement ne donne pas des résultats satisfaisants et/ou quand le chef de famille ou le tradithérapeute donne son approbation, que l'enfant malade est conduit au centre de santé. Les retards enregistrés dans le recours au centre de santé sont certes les résultats de problèmes logistiques (éloignement, coûts...), mais également d'attitudes liées aux représentations de la maladie et aux alternatives thérapeutiques (MIGUEL, 1999 ; McCOMBIE, 1996). Des pratiques courantes chez nos enquêtés visant à renforcer l'efficacité du traitement (arrêt de l'allaitement, lavements coliques...) peuvent être contre-productives surtout que le recours au centre de santé n'est pas systématique. Le contenu de l'information en direction des mères et nourrices devrait alors être mieux élaboré pour prendre en compte les réalités socioculturelles.

## Conclusion

L'étude sur les représentations et pratiques en matière de paludisme chez les mères et nourrices d'enfants de moins de 5 ans montre que leur description des tableaux cliniques n'est pas très éloignée de celle de la médecine moderne. Néanmoins, les logiques étiologiques de nos enquêtés sont plus complexes et liées à leur contexte culturel. La prise en charge des cas commence à domicile pour se poursuivre chez le tradithérapeute et/ou au centre de santé, rallongeant très souvent les délais d'une prise en charge correcte et efficace. Pour améliorer la prise en charge des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, les professionnels de santé devraient mieux intégrer les démarches diagnostic et thérapeutique des populations locales dans l'élaboration des stratégies de lutte.

## Références bibliographiques

**Annuaire statistique du Ministère de la Santé du Burkina Faso. 2002.**

**BAUME C., HELITZER D., KACHUR S. P., 2000.** Patterns of care for childhood malaria in Zambia. *Soc Sci Med* 2000 Nov ;51(10):1491-503

**BONNET, 1986.** Les représentations culturelles du paludisme chez les moose du Burkina Faso Multigraph, Paris, ORSTOM

**BRINKMANN U., BRINKMANN A., 1991.** Malaria and health in Africa: the present situation and epidemiological trends ; *Trop. med. Paras.*, 42, 204-13.

**FASSIN D., 1992.** Pouvoir et maladie en Afrique : Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar. Paris : Presses Universitaires de France.

**KENGEYA-KAYONDO J. F., SEELEY J. A., KAJURA-BAJENJA E., KABUNGA E., MUBIRU E., SEMBAJJA F., MULDER D. W., 1994.** Recognition, treatment seeking behaviour and perception of cause of malaria among rural women in Uganda. *Acta Trop* 1994 Dec ; 58 (3-4) : 267-73.

**MARSH K., 1988.** Malaria disaster in Africa. *Lancet* 1988 ; 352 :924.

**McCOMBIE S. C., 1996.** Treatment seeking for malaria : a review of recent research. *Soc Sci Med* 1996 Sep ; 43 (6) : 933-45.

**MIGUEL C. A., TALLO V. L., MANDERSON L., LANSANG M. A., 1999.** Local knowledge and treatment of malaria in Agusan del Sur, The Philippines. *Soc Sci Med* 1999 Mar;48(5):607-18

**MUNGUTI K. J., 1998.** Community perceptions and treatment seeking for malaria in Baringo district, Kenya: implications for disease control. *East Afr Med J* 1998 Dec ; 75 (12) : 687-91.

**SÉRI L., 1996.** Rapport enquete CAP province du Sourou: Comportement des mères en cas de maladie des enfants. Mémoire de Maîtrise en Sociologie. Faculté des langues, des lettres, des Arts et des Sciences Humaines et Sociales Ouagadougou: 1996 ; 20 p.

**SNOW R. W., CRAIG M., DEICHMANN U., MARSH K., 1999.** Estimating mortality, morbidity and disability due to malaria among African's non pregnant population. *Bull WHO* ; 77 : 624-40.

**SONDO B., SOUBEIGA A., 1997.** Les comportements sanitaires, la perception et l'utilisation des services de santé, la relation soignant-soigné au Burkina Faso. Rapport Ministère de la Santé ; Ouagadougou 1997 : p 126.

**THERA M. A., D'ALESSANDRO U., THIERO M., OUEDRAOGO A., PACKOU J., SOULEYMANE O. A., FANE M., ADE G., ALVEZ F., DOUMBO O., 2000.** Child malaria treatment practices among mothers in the district of Yanfolila, Sikasso region, Mali. *Trop Med Int Health* 2000 Dec ; 5 (12) : 876-81.

**TSUYUOKA R., WAGATSUMA Y., MAKUNIKE B., 2001.** The knowledge and practice on malaria among community members in Zimbabwe. *Cent Afr J Med*, 2001 Jan ; 47 (1) : 14-7.

**YENENEH H., GYORKOS T. W., JOSEPH L., PICKERING J., TEDLA S., 1993.** Antimalarial drug utilization by women in Ethiopia: a knowledge-attitudes-practice study. *Bull World Health Organ* 1993 ; 71 (6) : 763-72.