

Article original

Influence du groupe social dans le choix des recours thérapeutiques des malades du paludisme dans le district sanitaire de Gagnoa (Centre-Ouest de la Côte d'Ivoire)

YORO Blé Marcel¹, N'ZI Kouakou Stéphane², EHUI Prisca Justine³

¹. Maître de conférences à l'Institut des sciences, Anthropologiques de Développement (ISAD), Université Félix Houphouët Boigny
Email : ehuiprisca@yahoo.fr

². Doctorant à l'Institut des Sciences, Anthropologiques de Développement (ISAD) Université Félix Houphouët Boigny

³. Assistante à l'Institut des Sciences, Anthropologiques de Développement (ISAD), Université Félix Houphouët Boigny

Résumé. Cet article porte sur le pouvoir décisionnel du groupe social d'appartenance dans le choix de l'itinéraire thérapeutique des malades du paludisme dans le district sanitaire de Gagnoa. Son objectif est de montrer l'influence du groupe dans la prise en charge des malades du paludisme. Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à Ouragahio avec un échantillon de trente-neuf personnes choisies selon la technique de choix raisonné. La collecte des données a été réalisée à l'aide de guides d'entretien et d'une grille d'observation. Il ressort de l'analyse des données que le choix des recours thérapeutiques est un processus décisionnel collectif influencé en priorité par la source et la disponibilité des ressources financières, la gravité présumée de la maladie et la perception de la qualité des structures de soins par le groupe social.

Mots clés. Groupe social, paludisme, recours thérapeutique, pouvoir décisionnel.

Abstract. This article is about the decision-making power of the social group membership in the choice of therapeutic itinerary of the persons infected with malaria in the health district of Gagnoa. It is a qualitative study carried out in Ouragahio with a sample of 39 persons chosen by the judgment sampling technic. The data collection was carried out by using an interview guide and observation table. Data analysis shows that the choice of therapeutic recourses is a collective decision-making process influenced in the first place by the source

and the availability of financial resources, the perceived severity of illness and the perception of the social group about the quality of the health services.

Keys words. *Social group membership, Malaria, therapeutic recourses, decision-making power, Gagnoa*

Introduction

Le paludisme est l'une des premières affections parasitaires en Afrique (Doamio J. C. et al, 2006). Selon ces auteurs, il constitue un réel problème de santé publique auquel sont exposé plus d'un milliard de personnes situées dans la ceinture de pauvreté. On estime que 350 à 500 millions d'épisodes palustres cliniques se produisent chaque année (WHO, 2005 cité par Grénado, 2007). Plus de 40 % de la population mondiale soit environ 3,2 milliards de personnes vivent dans des régions à risque du paludisme (OMS, 2008).

En Côte d'Ivoire, le paludisme a toujours été considéré comme une cause majeure des morbidités observées spécifiquement chez les enfants. Le point sur la morbidité due à cette endémie établit par les formations sanitaires fait état d'environ 600 milles cas par an (Dossou-Yovo J. ; Amalaman K. ; Carnevale P., 2001). L'analyse situationnelle des données épidémiologiques révèle que le paludisme représente 45% des causes de consultations et 65% des causes d'hospitalisation chez les enfants de moins de 5 ans qui font l'objet de un à six attaques par an (PNLP-Côte d'Ivoire, 2006). Chez les femmes enceintes, il représente 17% des états morbides et 31,5% des causes d'hospitalisation (DIPE³, 2011).

Concernant le district sanitaire de Gagnoa⁴, les données de la Direction Départementale de la Santé (DDS, 2013) font état de 22,72% de cas de paludisme sur une population période

³Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation

⁴Le district sanitaire de Gagnoa est situé au centre Ouest de la Côte d'Ivoire à 271 KM d'Abidjan et dans la région administrative du Goh. Il couvre huit sous – préfectures que sont : Gagnoa, Ouragahio, Bayota, Guiberoua, Galèbrè, Dignao, Sérhiho et Gnagbodougnoa.

district⁵ estimée à 567 960 individus. Les catégories les plus touchées étant les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes. C'est résultats ont été obtenus d'une part, grâce à la distribution d'environ onze mille trois cent cinquante-quatre moustiquaires imprégnés aux enfants de zéro à onze mois venus en vaccination de routine et aux femmes enceintes pendant les séances de consultations prénatales. D'autre part grâce à la sensibilisation des populations à travers les radios de proximité et les tableaux publicitaires. Malgré toutes ces actions, la sous-préfecture d'Ouragahio présente le plus grand taux de prévalence du paludisme du district avec un taux de 38,04% (DDS, 2013).

C'est la raison qui justifie le choix d'Ouragahio pour cette étude. Dans un tel contexte de prévalence élevée, la prise en charge sociale de la maladie est prépondérante. Comment se traduit dès lors l'influence du groupe social autour du malade du paludisme à Ouragahio ?

En effet, de façon générale, la maladie d'un membre de la famille suscite compassion et solidarité de la part des autres membres de celle-ci. Les uns proposent des remèdes ou recommandent des thérapeutes, à partir de leurs propres expériences à l'occasion de pathologies similaires. Dans cette assistance sociale du malade, les pères, mères, grands-pères et grands-mères jouent un rôle de premier plan, car à partir de leurs propres connaissances, ils apportent généralement les premiers soins. La solidarité au sein des familles s'actualise donc dans la prise en charge de la maladie comme l'atteste les modèles sociologiques d'analyse des comportements de soins qui mettent l'accent sur les pressions de l'entourage du réseau social (Suchman, 1965 ; Becker et Maiman, 1983 ; Friedson, 1970), et le rôle du malade (Parsons, 1951 ; Meckanic, 1978). Les modèles anthropologiques insistent pour leur part, entre autres, sur les représentations de la maladie et la prise de décisions des recours. C'est ainsi que Janzen J. (1995), à partir

⁵ Personnes venus en consultation dans les différentes structures sanitaires du district pendant une période bien déterminée. Dans étude, il s'agit de de l'année 2013.

de l'expression « groupe organisateur de la thérapie » montre que le processus de soins du malade s'inscrit dans le temps et se caractérise par une négociation qui prend place dans un espace social au sein duquel des personnes attitrées gèrent les relations, prennent les décisions en concertation avec d'autres ou dirigent de plein droit les discussions familiales relatives à la maladie d'un membre de la famille tout comme ils président aux échanges matrimoniaux ou cérémoniels. C'est dans ce sens que Djouda F. (2010 : 1) affirme: « *Nombre de malades en Afrique ne jouissent pas d'une réelle autonomie dans le choix de leur trajectoire thérapeutique. L'une des croyances encore partagées en Afrique porte sur la place insignifiante de l'individu, sur la dépendance du sujet par rapport à la conscience collective. La volonté individuelle est amoindrie par l'autorité de la communauté... Voilà pourquoi la maladie d'un individu, loin d'être un fait isolé, concerne aussi ses cousines, ses tantes, ses parents, ses grands-parents, ses amis et ses voisins* ».

Le rôle de l'entourage⁶ semble donc être primordial en cas de maladie d'un membre de la famille en Afrique. Mais ce rôle social n'obéit pas toujours aux mêmes logiques et reste solidaire du contexte socioculturel auquel le malade appartient. Il est également influencé par des facteurs d'ordre économique et le statut pathologique du malade. C'est pourquoi cet article se donne pour objectif de comprendre les fondements et les étapes du processus décisionnel du groupe social d'appartenance dans les choix thérapeutiques des malades du paludisme chez les Bété⁷ d'Ouragahio.

Au plan méthodologique, l'étude s'est déroulée dans le mois d'avril 2014 dans la sous-préfecture d'Ouragahio, du département de Gagnoa, au centre-ouest de la Côte d'Ivoire, aussi dans le village de Gnaliépa situé à deux kilomètres d'Ouragahio. Notre démarche est essentiellement qualitative. Elle s'appuie sur des entretiens semi-dirigés à l'aide de guides d'entretien et

⁶ Nous attendons par entourage, l'ensemble des amis, parents, voisins...

⁷ Groupe ethnolinguistique du centre Ouest de la Côte d'Ivoire

d'observations directes auprès de trente et neuf personnes. En effet, l'étude de l'influence du groupe social dans la prise en charge du malade exige une fine analyse des rapports de force vécu aussi bien dans la famille du malade que dans son voisinage, mais aussi des relations entre patients et thérapeutes, toutes choses qui impliquent des descriptions qui doivent être le fruit d'une collecte de données auprès des personnes qui vivent cette réalité. Les entretiens semi-dirigés s'avèrent très pertinentes pour répondre à ces exigences. L'entretien de recherche qualitative est l'instrument privilégié d'accès aux acteurs (Poupart, 1997 : 174). En dehors des entretiens, nous avons aussi eu recours aux observations car l'observation des conduites des malades et de leur entourage participe aussi à l'analyse du rôle du groupe social. Notre échantillon est constitué d'adultes hommes et femmes malades ou non malades mais ayant été témoins, ou acteurs dans la gestion de cas palustres au sein de leur famille. Parmi eux figurent 20 non malades, dont 10 femmes et 10 hommes dont l'âge varie entre 18 et 45 ans. 15 malades ont été interrogés parmi lesquels on compte 05 femme, 05 mères d'enfants malades et 05 hommes. 02 tradipraticiens et 02 agents de santé moderne ont été également interrogés.

L'article s'articule globalement autour de deux principaux points : 1) déterminer le processus décisionnel du groupe social d'appartenance; 2) les facteurs explicatifs du processus décisionnel.

1. Le processus décisionnel autour du malade

Le processus décisionnel porte d'une part sur le schéma décisionnel proprement dit et d'autre part sur les acteurs impliqués.

1.1. Le schéma décisionnel proprement dit

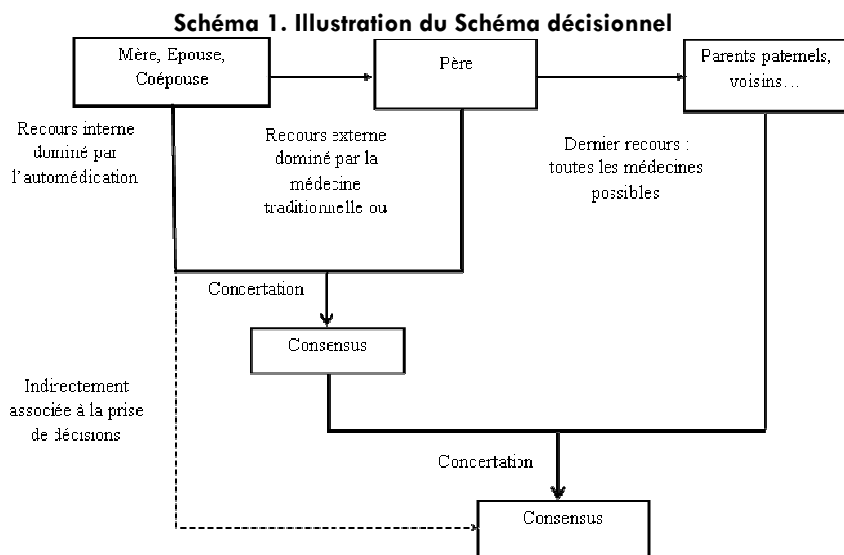
La capacité des différents acteurs du recours aux soins à prendre l'initiative des actes thérapeutiques évolue au cours de l'épisode morbide : les personnes proposant les soins ne sont pas toujours les mêmes aux différentes phases de la maladie comme le témoignage la mère d'un malade : « dès le début de la maladie de

mon fils, j'avais décidé de le soigner à la maison avec des médicaments que j'ai payés au marché avec les vendeuses traditionnelles. Mais trois jours après, la maladie était toujours là. C'est ainsi que mon mari s'est impliqué à son tour en me demandant de l'amener au dispensaire ». La mère ou l'épouse est la première actrice dans le choix des recours thérapeutiques en cas de paludisme. Elle est donc le point de départ du processus de décision. Le père quant à lui, est le deuxième acteur après la mère dans le choix « *lorsqu'un de nos enfants tombe malade et que nous devons l'amener au dispensaire, mon mari prend la responsabilité. Car c'est lui le chef de famille et il est le plus influent. C'est lui qui est le sage. Un malade ne peut pas tout seul prendre des décisions. Chez nous les Bétés, Il faut forcément l'avis du chef de famille »* confie une mère de famille.

Mais quand les premières tentatives du cadre interne de soins échouent et que la nécessité de solliciter des soins extérieurs s'impose, d'autres acteurs entrent en ligne de compte. Il s'agit entre autres de l'oncle paternel, de la coépouse ou toute autre personne de la famille élargie. En effet, la décision s'inscrit généralement dans le cadre d'échanges interpersonnels entre la mère, le père et les autres personnes extérieures au couple parental. Comme le soutient Janzen J. (1995), chaque fois qu'un individu ou un groupe d'individus est malade et se trouve confronté à des problèmes qui le dépassent, un groupe organisateur de la thérapie se constitue. Différents parents maternels ou paternels, et éventuellement leurs amis et leurs associés, s'unissent dans le but d'examiner minutieusement les informations, d'apporter leur support moral, de prendre les décisions qui s'imposent et de mettre au point les détails de la consultation thérapeutique. Dans le cas des bété, ce sont surtout les parents paternels qui sont mobilisés car nous nous trouvons dans un système patriarcal qui fait que les premiers sollicités en cas de demande d'aide extérieure à la famille restreinte sont les parents paternels du malade, en occurrence les oncles paternels, comme le souligne un enquêté : « *Lorsque je suis malade et que je n'ai pas assez d'argent pour me*

rendre à l'hôpital, mes oncles paternels sont les premiers à me venir en aide comme l'exige la coutume, car mon père est décédé ».

Le schéma ci-dessous illustre bien le processus décisionnel et les acteurs impliqués.



-----> : Une implication invisible ou indirecte dans la concertation
 —————> : Implication directe ou visible dans la concertation

L'itinéraire thérapeutique se construit dans une micro-historicité où les conditions de production des premiers soins influencent les modalités de pratique des soins suivants. Les modalités de conception des actes thérapeutiques sont très variables : un soin peut être conçu et mis en œuvre par une seule personne, mais il peut également être le fruit de discussions faisant intervenir, en différentes étapes, plusieurs personnes. La majorité des actes thérapeutiques sont décidés après concertation d'au moins deux personnes, avec une différence significative entre les soins à domicile et les recours externes qui font respectivement l'objet d'une concertation entre plusieurs personnes. C'est ce que traduisent les propos de cette mère non-malade : *« dans ma famille, lorsqu'une personne est malade, moi et mon mari, nous nous concertons pour décider ensemble le lieu où nous devons l'amener*

pour le soigner ». La participation de tous les acteurs en charge du ménage dans la prise de décision thérapeutique répond à la logique selon laquelle le recours doit être choisi de façon consensuelle en fonction de l'expérience vécue d'un épisode morbide et des connaissances thérapeutiques de ces acteurs en matière de paludisme.

1.2. Les acteurs impliqués dans le processus décisionnel

Concernant les acteurs impliqués dans la prise de décision de recours, le schéma décisionnel montre que c'est d'abord la mère qui, par automédication, opte pour tel ou tel recours au soin. Ensuite intervient le père qui décide dès lors que l'état du malade nécessite un recours extérieur c'est-à-dire hors du cadre familial. En cas d'échec, d'autres recours extérieurs impliquant d'autres acteurs dont le chef de famille, l'oncle paternel, la coépouse, le voisinage ou toute autre personne de la famille élargie sont impliqués. Mais notons que, même si les cas de malades du paludisme de cette étude ne le relèvent pas spécifiquement, nos informateurs reconnaissent le rôle prépondérant que jouent généralement le personnel médical local, ainsi que les tradipraticiens, dans l'orientation des itinéraires thérapeutiques des malades. Ces acteurs interviennent à différentes étapes du processus de décision. Cette implication se justifie prioritairement par un certain nombre de facteurs.

2- Les facteurs explicatifs du processus décisionnel

L'analyse des données recueillies sur le terrain indique que la gravité perçue de la maladie, la qualité présumée des médecines et la mobilisation de ressources financières sont des facteurs explicatifs du processus décisionnel.

2.1- La gravité présumée de la maladie

A Ouragahio, l'identification du paludisme repose sur un grand nombre de manifestations générales, au sein d'un univers de symptômes de faible gravité. Le paludisme renvoie à l'expression d'un trouble général non spécifique relativement bénin auquel sont rattachées de nombreuses formes de dérangements fébriles.

Le principal signe de reconnaissance du paludisme est l'hyperthermie, accompagnée de frissons. De ce fait, pour certains des enquêtés, le paludisme se décrit par un état de fatigue induisant le manque d'appétit, l'alitement, des bâillements et des étirements. Le mal de tête, expression d'un état de mal être, et les problèmes d'ictères, d'yeux rougis ou larmoyants, sont associés au paludisme par d'autres personnes interrogées. Cela est confirmé par un infirmier : *« le paludisme est une maladie qui se manifeste par la fièvre, les maux de tête, les tremblements de dents, les nausées, l'anorexie, rachialgie, arthralgies, urine foncé, yeux jaunâtres, constipation... »*. Une mère abonde dans le même sens que l'infirmier : *« mon fils avait la fièvre, il vomissait, ses yeux étaient devenu jaune. Automatiquement j'ai su que c'était le paludisme »*. L'un des tradipraticiens indique aussi les mêmes symptômes dont le plus important est la fièvre : *« Le premier signe du paludisme c'est la fièvre. Mais il y a aussi les courbatures et le l'urine qui jaunit »*.

De manière très nette, la population désigne le paludisme biomédical en plusieurs entités morbides disjointes et sans lien évolutif direct. Ainsi, le vomissement jaunâtre, la sudation nocturne, les maux de tête, la fièvre, la fatigue et les yeux jaunâtres sont considérés par les répondants comme les symptômes du paludisme. Les différentes manifestations de cette maladie amènent la plupart des répondants à la désigner comme étant une maladie bénigne ou maladie de tous les jours (Dossou-Yovo, 2001). A ce niveau un père affirme : *« dans notre tradition, il existe plusieurs sortes de palu : le palu jaune et le palu garçon »*. Le vomissement, la fièvre, les yeux ou l'urine jaunâtre sont entre autres les indicateurs de gravité du paludisme selon la plupart de nos informateurs. Toutefois, l'échec d'un premier recours ou encore l'apparition de nouveaux signes en plus des signes perçus au début de la maladie suscite chez le groupe social des sentiments de gravité de la maladie. On assiste donc à une intervention plus accrue de l'entourage dans le processus de prise de décision. *« Au début de la maladie de mon fils, c'était seulement son corps qui chauffait. Je lui ai donc donné des comprimés pour calmer la fièvre. Mais deux jours après, en plus de la fièvre, il a commencé à vomir et ne mangeait*

pratiquement pas. Comment faire puisque je n'avais pas les moyens pour aller à l'hôpital ? C'est ainsi qu'un de mes voisins qui avait quelques connaissances médicales m'a apporté des écorces que je devrais faire bouillir pour donner à boire à mon fils. Mais cela n'était pas suffisant puisque la fièvre était toujours là. J'ai donc appelé mon grand frère pour qu'il m'aide. Il a accepté de payer le médicament prescrit par l'infirmier. Aujourd'hui l'enfant se porte un peu mieux» témoigne une mère.

Cependant, selon nos informateurs, quel que soit le type de paludisme, il peut facilement tuer s'il n'est pas traité efficacement ou encore traité au moment propice. C'est ce qui amène un grand nombre de personnes interrogées à considérer le paludisme comme une maladie grave, comme le fait remarquer une jeune mère : *« Le palu est une maladie très grave car les vomissements et la fièvre qu'ils entraînent peuvent facilement conduire à la mort »*. Une autre mère abonde dans le même sens en disant : *« toutes les maladies sont graves. Mais le palu est encore plus grave car il tue très facilement »*.

La gravité du paludisme est déterminante dans le choix des recours thérapeutiques pour l'ensemble des répondants. Mais le choix de l'instance thérapeutique par le groupe social est surtout fonction de la qualité présumée des structures de soins, souvent en lien avec les expériences des uns et des autres à l'occasion de crises palustres vécues personnellement ou par quelqu'un du voisinage. On peut en conclure que le groupe social du malade propose des soins en fonction de sa perception de la qualité des structures de soins en termes d'efficacité de celles-ci à guérir la maladie.

2.2. Perception de la qualité des médecines

La qualité des structures modernes de soins (dispensaire et maternité) pour le traitement du paludisme est approuvée par la plupart des enquêtés. Cela est perçu depuis la consultation jusqu'à la guérison du malade. Lors de la consultation, le personnel

soignant réalise souvent d'abord un TDR⁸ pour la confirmation d'un cas de paludisme. C'est ce que nous dit un malade : *« quand l'infirmier m'a reçu, il m'a posé quelques questions et ensuite il m'a piqué avec un objet pointu qu'il a enlevé dans un flacon. Il a par la suite mis le peu de sang qui sortait sur un truc que je ne connais pas ; je lui ai demandé de me dire ce qu'il faisait. Il m'a répondu que c'est pour faire un test pour confirmer le paludisme »*.

Aussi, certains répondants font-ils cas de la rapidité de l'action des médicaments de la médecine moderne. L'injection par exemple est l'acte thérapeutique le plus évoqué comme ayant une action très rapide : *« les injections ont une action très rapide et très efficace car il est directement mis dans le sang pour combattre le mal en même temps »* fait remarquer un enquêté récemment guéri du paludisme à l'aide d'injections.

La qualité des soins est aussi reconnue à la médecine traditionnelle. Celle-ci propose des médicaments qui sont exclusivement à base de plantes. Ce sont donc des produits naturels qui n'ont subi aucune transformation chimique. Certaines personnes interrogées affirment que ces types de médicaments sont très efficaces pour soigner le paludisme à cause de son origine naturelle tout en relevant son action lente dans le traitement : *« les actions des médicaments de l'indigénat sont très lentes. Quand on fait le lavement ou encore quand on boit ou quand on se lave avec le jus des plantes après avoir fait bouillir dans un canari, cela ne va pas directement dans le sang. Il faut des jours pour que cela se réalise. Mais malgré cela elle est très efficace. Je dirai même que c'est la seule médecine qui soigne efficacement le paludisme. J'ai toujours utilisé cette médecine et ça toujours marché »* (propos d'un père de famille non-malade). Une autre enquêtée ajoute *« nos guérisseurs guérissent très bien le paludisme. Ça c'est une réalité. Mais ils doivent chercher à contrôler les doses de leurs médicaments »*. La qualité de la médecine traditionnelle est également reconnue par des agents de la médecine moderne. Cela est confirmé par un infirmier : *« j'ai de l'estime pour la*

⁸Test de Dépistage Rapide

médecine traditionnelle car toutes les maladies n'ont pas de succès à l'hôpital. Elle a fait et continue de faire ses preuves. Je n'ai aucun doute en cela ».

Toutefois, la combinaison des deux médecines (traditionnelle et moderne) est considérée par certains répondants comme la plus efficace car n'ayant pas la même procédure thérapeutique. :

« Je fais les deux types de médecines en même temps. Car les traitements sont différents. On se lave et on fait des lavements avec la médecine traditionnelle alors que ce n'est pas le cas avec la médecine moderne » ;

« Je suis malade et je suis venu au dispensaire ici pour me faire consulter par un infirmier. Mais en même temps, que je suis ici, il y a mon canari préparé par mon oncle qui est au feu en ce moment à la maison » ;

*« Moi, en même temps que je viens à l'hôpital, je vais aussi chez le tradipraticien de santé. Comme ça, je suis sûr de soigner à 100% ce palu »*affirment certains de nos enquêtés.

L'efficacité des différentes médecines est reconnue par l'ensemble des répondants. Leur recours dépend non seulement de leur perception et expérience de la maladie mais surtout de la disponibilité des ressources financières.

2.3. La source et la disponibilité des ressources financières

Selon les enquêtés, la prise en charge financière est dans la plupart des cas, assurée par une seule personne au niveau interne. La mère ou l'épouse étant la première actrice à intervenir dès les premiers symptômes, elle est la principale source de financement des soins pratiqués spontanément au sein de la famille. Cela est confirmé par une mère : *« lorsqu'un de mes enfants a le palu, j'achète des paracétamols, des aspirines pour lui donner à boire et je lui fais prendre des médicaments de l'indigénat ».*

Le père ou l'époux est le principal bailleur des premiers recours externes. Ainsi, selon une mère, *« lorsque la maladie persiste après mon intervention, mon mari prend le relais en les envoyant à l'hôpital car il a plus de moyens que moi ».* Dans le même sens, un père ajoute : *« lorsqu'un membre de ma famille est malade, je paie seul*

les coûts de consultation et les médicaments. Car c'est mon devoir de chef de famille ».

Cependant, la mère participe quelquefois au financement de la consultation et du traitement des recours externes. Les personnes extérieures au couple parental ont une participation financière plus que symbolique. A ce sujet, une jeune fille malade du paludisme au moment de l'enquête témoigne : *« tout à l'heure, avant votre arrivée, deux de mes oncles sont passés me voir. Ils m'ont donné chacun un billet de 500 f CFA. Bien évidemment que cela ne peut pas payer mes médicaments, mais c'est un signe de solidarité envers moi qu'ils ont montré ».*

Cet acte symbolique est très significatif car il traduit certaines valeurs qui ont tendance aujourd'hui à s'effriter à savoir la solidarité, l'entraide, la compassion entre les membres de la famille.

L'influence du groupe social est très prépondérante dans la prise en charge des malades du paludisme comme nous venons de le décrire. Mais cette influence s'inscrit dans un contexte culturel bien déterminé qu'il est illusoire de généraliser. C'est ce qu'indique en substance le contenu de la discussion des résultats.

Discussion

Dans les sociétés africaines, les rapports sociaux sont soumis à un découpage normatif fixant précisément les champs d'action et de décision, les droits et les devoirs de chacun. Selon Cantrelle, P. et Locoh, T. (1990), en Afrique, les sociétés sont le plus souvent fondées sur des relations très hiérarchisées où chacun dans son lignage a un statut défini en termes de dépendance à l'égard des plus anciens, et d'autorité envers les plus jeunes. Cette idée est soutenue par Dozon, J-P., Sindzingre, A.N. (1986) et Guigou, J-L. (1995). Cette hiérarchisation est associée à une forte séparation des rôles masculins et féminins dans la prise en charge des dépenses du ménage (Makinwa-Adebusoye, 1997), et comme le montre nos données, cette hiérarchisation se manifeste également dans les dépenses de santé.

La prise en charge thérapeutique du malade est un processus fondamentalement collectif impliquant, à des niveaux différents, les deux parents du malade, mais également d'autres membres de son entourage. De ce fait, la mère apparaît ici comme la première à proposer les soins en cas de paludisme. En cas d'échec de ce premier recours, l'intervention du père devient décisive pour proposer d'autres types de recours nécessitant généralement une prise en charge financière importante. Cette mobilisation sociale autour du malade semble être liée à la nature même de la maladie, selon qu'il s'agit d'une maladie banale ou provoquée, ou encore une maladie honteuse. En effet, comme le montre les travaux de Yoro B.M. (2012), lorsque la maladie est perçue comme honteuse, le malade évite de la socialiser et donc, ses choix thérapeutiques sont faits de façon solitaire. De plus, lorsque le malade soupçonne un parent d'être à l'origine de son mal, il évite aussi de l'associer à ses choix thérapeutiques. Les résultats de notre étude présentent donc le paludisme comme une maladie naturelle qui ne fait pas honte au regard du rôle joué par l'entourage dans la recherche de soins des cas étudiés.

Aussi, la nature même des actes thérapeutiques est-elle associée à des schémas décisionnels différents. En effet, l'administration de médicaments dans le cadre des soins à domicile donne plus souvent lieu à une concertation que les autres soins. Comme l'indiquent les travaux de Franckel A. (2004) plus de 75 % des recours en poste de santé sont décidés collectivement, contre moins de 65 % des recours traditionnels au Sénégal.

La forme du schéma décisionnel est principalement déterminée par les enjeux et les contraintes inhérentes aux choix thérapeutiques. Les soins à domicile, faciles d'accès et très fréquemment pratiqués, sont perçus comme des soins relativement anodins, et à ce titre, relèvent le plus souvent de décisions individuelles. Les recours externes, en particulier biomédicaux, exposant le malade à des soins nécessitant l'engagement de moyens financiers et temporels conséquents, sont plus souvent décidés collectivement. Cette idée est soutenue par Janzen J. M. (1995).

La concertation des membres de l'entourage vise principalement à surmonter les obstacles posés par le problème médical et par l'accès aux soins jugés efficaces. Cela confirme les propos de Mwenesi et al. (1995) cité par Franckel, A. (2004) : *«presque toutes les mères ont affirmé qu'elles cherchent des conseils avant d'emmener leur enfant en structure sanitaire »*. L'implication de ces différents acteurs dans le processus de décision des choix thérapeutiques est largement influencée par la gravité présumée de la maladie, la perception de la qualité des médecines, la source et la disponibilité des ressources financières.

En effet, l'identité de la personne finançant le ou les recours externes est fortement associés à celle des personnes impliquées dans les phases de conception et de mise en œuvre du recours. De manière générale, la personne qui propose le recours ou qui accompagne le malade en consultation participe au financement de ce recours. Ainsi, la mère finance en partie les premiers recours internes qu'elle propose ou met en œuvre. Lorsqu'elles sont impliquées auparavant, les personnes extérieures au couple parental financent aussi quelque fois les soins.

L'identité de la personne qui met en œuvre le recours et le schéma décisionnel influent sur les conditions de la prise en charge financière du recours externe, indépendamment de la nature de la filière thérapeutique.

Le groupe social exerce à différentes étapes du processus de décision, une influence sur le choix des recours thérapeutiques des malades. Ce résultat s'inscrit dans la droite ligne des modèles sociologiques des comportements de recherche de soins développés par les auteurs comme Suchman, E.A. (1965) ; Becker, M.H. et Maiman, L.A. (1983) et Friedson, E. (1970). Ces modèles mettent en effet l'accent sur les pressions exercées par le réseau social ou par ce que Friedson appelle « le système populaire de référence ». Ce concept implique que, confronté à ses symptômes, tout individu recherche directement ou indirectement l'avis des membres de son entourage quant à la nature et aux causes de son problème, à la pertinence de consulter, au type de personne à

consulter, au moment propice pour la consultation, etc. En effet, comme l'ont montré nos résultats, l'entourage du malade n'est pas passif face à l'état pathologique d'un membre de la famille. Ceci traduit toute l'attention de la famille à l'égard du malade et met à jour les valeurs de solidarité et d'entraide chères aux familles ivoiriennes en générale, et bété en particulier. Il faut cependant noter qu'il y a une limite à cette solidarité, comme l'ont montré les travaux de Yoro, B.M. (2012), notamment lorsqu'il s'agit d'une maladie considérée honteuse. Dans un tel cas, le malade lui-même évite la socialisation de son mal, ce qui constitue un frein à l'assistance du groupe social d'appartenance.

Conclusion

En guise de conclusion, retenons que les choix thérapeutiques en cas d'épisodes palustres chez les enquêtés de Ouragahio donnent lieu à un processus décisionnel collectif et est largement influencé par un certain nombre de facteurs tels que la gravité présumée de la maladie, la perception de la qualité des structures de santé et l'efficacité des soins par le groupe social d'appartenance. La disponibilité des ressources financières est aussi un autre facteur influençant le choix du recours. Le rôle du groupe social d'appartenance est donc déterminant et influence fortement les itinéraires thérapeutiques des malades.

Références Bibliographiques

Becker M. H.; Maiman L. A., 1983. *Models of health-related behavior. D. Mechanic*, dir. Handbook of health professions, The Free Press, New York, pp 539-568.

Cantrelle P. & Locoh, T., 1990. Facteurs sociaux et culturels de la santé en Afrique de l'Ouest, *Les dossiers du Ceped*, Paris, pp 36-77.

Djouda F.Y.B., 2010. Réseaux relationnels et processus de soutien aux maladies de la tuberculose au Cameroun. *REDES-Revista Hispana para el analisis de redes sociales*, Vol.18, P 6.

Doannio J. M. C., Doudou D.T., Konan L.Y., Djouaka R., Pare Toe L., Baldet T., Akogbeto L., Monjour L., 2006. Représentation sociale et pratiques liées à l'utilisation des moustiquaires dans la lutte contre le

paludisme en Côte d'Ivoire. *Revue de médecine tropicale*, No66, pp 45-52

Dossou-Yovo J., Amalaman K., Carnevale P., 2001. Itinéraires et pratiques thérapeutiques antipaludiques chez les citadins de Bouaké, Côte d'Ivoire. *Revue de médecine Tropicale*, N°61, pp 495-499.

Dozon J. P., Sindzingre, A.N., 1986. Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle, la santé dans le tiers-monde, *Prevenir*, No 12, pp 43-52

Franckel A., 2004. *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal : le cas des enfants fébriles à Niakhar*, thèse à l'Ecole doctorale Economie, Organisation et Société Centre de Recherche Populations et Sociétés - CERPOS Université Paris X – Nanterre

Friedson E., 1970. *Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York, Dold et Mead.

Grénado S., 2007. *C'est le paludisme qui me fatigue : une étude en anthropologie de la santé sur les conceptions et les pratiques locales face au paludisme à Abidjan*, Côte d'Ivoire, Basel.

Janzen J. M. *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris, Karthala, pp1995-287.

Makinwa-Adebusaye P., 2001. *Sociocultural factors affecting fertility*, New York, United Nations Secretariat,.

Mechanic D., 1978. *Medical sociology*, New York, the free press,.

OMS, 2010. Aide-mémoire sur le paludisme, disponible en ligne. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/fr/index.htm>.

Parson T., 1951. *The social system*, New York, The Free Press.

Poupart J., 1997. L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques, *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, G. Morin, pp. 173-209.

Programme National de Lutte contre le Paludisme, 2006. Côte d'Ivoire

Suchman E.A., 1965. Stages of illness and medical care, *Journal of Health and social behavior*, vol.6, pp 114-128.

Yoro B.M., 2012. Itinéraire thérapeutique d'un malade décédé du sida à Abidjan (Côte d'Ivoire), *European Scientific Journal*, June Edition, No.13, vol. 8, pp. 81-92.

Yoro B.M., 2012. Maladies honteuses et recours aux soins chez les Bété (Côte d'Ivoire). *European Journal of Scientific Research*, No.2, Vol. 89, pp 225-236.