

## **Inégalités sociales et économiques face à l'accès aux soins en cas de fièvre palustre chez l'enfant : le cas du Sénégal rural (titre provisoire)**

Franckel Aurélien, Doctorant, Université Paris X - UMR IRD 151 - INSERM U149  
53, bd de la Villette 75010 Paris Mel : [afanckel@hotmail.com](mailto:afanckel@hotmail.com) ☎ 06 22 72 74 26

Lalou Richard, Chargé de recherche LPED UMR IRD - Université de Provence 151  
mél: [Richard.Lalou@ird.sn](mailto:Richard.Lalou@ird.sn) ☎ : +221-849.35.52 (ligne directe) 📠 : +221-832.43.07

En dépit des espoirs associés à l'entrée dans le 21<sup>ème</sup> siècle, les enfants vivant en milieu rural africain sont encore exposés à une morbidité et à une mortalité très forte, de loin la plus élevée au monde. La surexposition des enfants africains est en partie liée à des facteurs épidémiologiques. Ainsi, le paludisme, infection parasitaire responsable chaque année de 300 à 500 millions d'épisodes fébriles provoquant de 1 à 3 millions de décès<sup>1</sup> sévit de manière particulièrement dramatique en Afrique : près de 90 % de la mortalité palustre touche des enfants âgés de moins de cinq ans vivant en Afrique sub-saharienne (WHO, 2000 ; RBM, 2002 ; Nuwaha, 2001 ; World Health Report, 2003 ; Greenwood, 1990 ; Murray CJL et al., 1997 ; Snow et al., 2000). Cependant, la surmortalité des enfants africains s'explique également par les déficiences criantes du système sanitaire, en terme d'accessibilité et d'efficacité des soins, d'adéquation des protocoles thérapeutiques aux attentes de la population et de relations entre les soignants et les soignés .

Les limites de l'offre de soins biomédicale en Afrique sont associées à plusieurs inégalités. Les systèmes de santé souffrent en premier lieu de la pauvreté des budgets étatiques, associée à une sous dotation budgétaire, un manque d'équipements et un manque de personnel formé. Les populations africaines sont également dangereusement pénalisées par le poids des enjeux financiers dans le champ de la santé : les maladies ne touchant que des populations non solvables sont à ce point négligées qu'entre 1975 et 1997, seules 8 des 1 223 molécules mises sur le marché visent des maladies tropicales humaines (Pécoul et al., 1997) et que la production de médicaments efficaces contre la méningite ou la maladie du sommeil ont été arrêtées (Bulard, 2000). Les populations africaines sont entrées dans le 21ème siècle sans avoir bénéficié de la révolution sanitaire (OMS, 1999) : entre 1993 et 1999, malgré la forte croissance de sa population, l'Afrique est le seul continent dont le volume de consommation médicamenteuse baisse (Bulard, 2000). Si le constat n'est pas nouveau, il apparaît tristement incontestable : en Afrique, la plupart des morts liées au paludisme sont techniquement évitables et les principaux obstacles aux efforts visant à réduire la mortalité dans l'enfance sont politiques et financiers (Nations unies, 1986 ; Bloland et al., 2001).

Si ce contexte international pénalise globalement l'Afrique, les caractéristiques de l'offre de soins et des campagnes de sensibilisation produisent également de multiples inégalités en matière de pratiques thérapeutiques, au sein même des populations vivant en milieu rural africain. L'hypothèse principale de cette communication est qu'en l'absence de toute forme de

---

<sup>1</sup> : Les variations dans les estimations chiffrées de la morbidité et de la mortalité s'expliquent principalement par la difficulté à mesurer ces phénomènes et par les imprécisions des statistiques nationales.

prise en charge collective des frais de santé, les limites du système sanitaire creusent les différences entre les ménages. Les cellules familiales ne sont pas égales face à l'offre de soins disponible et ont des capacités différentes à consulter en structure sanitaire en fonction de leurs caractéristiques respectives : à l'image des niveaux de mortalité dans l'enfance, inversement corrélée au statut social (Heggenhougen et al., 2003), la propension à consulter en centre de santé varie, entre autres, selon les disponibilités en numéraire et la morphologie de la cellule familiale. Notre étude s'attachera également à montrer que les limites du système sanitaire créent les conditions d'une prise en charge de la maladie accentuant les inégalités sociales dans l'accès au pouvoir de décision et aux ressources économiques : les personnes en charge de la santé de l'enfant ont des capacités différentes à consulter en structure sanitaire et les choix thérapeutiques de la mère sont soumis à des contraintes particulièrement fortes.

Cette étude s'appuie sur les données d'une enquête par questionnaire menée dans le cadre du programme de recherche de l'IRD<sup>2</sup> et de l'IFAN<sup>3</sup> sur « les facteurs culturels et socio-économiques d'acceptabilité des médicaments antipaludéens chez l'enfant en zone rurale au Sénégal ». L'enquête s'est déroulée au cours de la saison des pluies 2001 dans un groupe de villages situés dans la région de Fatick, au Sénégal, à environ 150 kilomètres de la capitale, Dakar. Le protocole d'enquête a prévu d'interroger systématiquement la mère et le père de l'enfant, plus d'éventuelles personnes extérieures au couple parental ayant participé à la prise en charge de la maladie. Le questionnaire investigate en particulier les caractéristiques de l'épisode morbide, les connaissances, les attitudes et les représentations en matière de santé, les caractéristiques sociodémographiques des individus, les caractéristiques économiques du ménage, la morphologie de la cellule familiale et les paramètres contextuels liés au milieu d'habitat. L'échantillon est composé de 902 enfants âgés de moins de 11 ans qui ont connu un épisode fébrile dans les deux semaines précédant l'enquête. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata 8.0. Les modèles statistiques construits par régressions logistiques intègrent les variables définies par le cadre théorique et par les analyses univariées.

Les villages étudiés sont soumis à une endémie palustre de type soudano-sahélienne, avec de fortes variations saisonnières liées à la pluviométrie (Robert et al., 1998). La mortalité palustre est concentrée chez les enfants, en particulier ceux âgés de moins de 5 ans : au milieu des années 1990, la mortalité attribuable au paludisme a atteint 12,4 ‰ pour les enfants âgés de moins de 4 ans et 3,3 ‰ pour les 5-9 ans. Les fièvres attribuées au paludisme sont responsables d'environ 20 % des décès infanto-juvéniles et représentent la deuxième cause des décès des enfants de moins de 5 ans (Delaunay, 1998). Le milieu d'étude dispose d'une offre de soins biomédicaux particulièrement faible. La population d'étude, représentant plus de 30 000 personnes réparties sur une superficie d'environ 200 kilomètres carrés, est susceptible d'être desservie par trois postes de santé, auxquels sont rattachés deux cases de santé, un centre de santé et un dispensaire privé catholique.

Les choix thérapeutiques de la population sont directement influencés par les déficiences du système sanitaire. Les populations, parfois indexées pour ce qui est présenté comme des représentations archaïques et des comportements irrationnels, agissent avec pragmatisme au regard des contraintes pesant sur leurs comportements de recours aux soins. En effet, les coûts financiers, logistiques et sociaux de la consultation en structure sanitaire expliquent grande partie la tendance des populations à adopter, en première instance, une pratique thérapeutique basée sur les soins à domicile, facilement accessibles et peu coûteux. La pratique d'automédication constitue avant tout l'expression d'une stratégie de survie adaptée aux

---

<sup>2</sup> Institut de Recherche pour le Développement

<sup>3</sup> Institut Fondamental d'Afrique Noire

déficiences structurelles de l'offre de soins : l'efficacité de l'automédication, appuyée sur les circuits informels où circulent de nombreux comprimés mal conservés ou contrefaits et des messages inadaptés en terme de posologie, reste très relative.

Les résultats mettent par ailleurs en évidence le fait que les coûts directs et indirects du recours en structure sanitaire sont à l'origine de profondes inégalités, au niveau des ménages et des acteurs du recours aux soins. En effet, après prise en compte des facteurs caractérisant la symptomatologie, les attitudes et les connaissances en matière de santé, les facteurs façonnant l'identité culturelle et sociale, il apparaît, toutes choses égales par ailleurs, que les ménages ont des capacités différentes à accéder aux structures sanitaires. Les enfants issus de concessions géographiquement éloignées des structures de santé consultent moins que les autres. Les ménages de grande taille ou rattachés à des concessions pluricellulaires disposent de réseaux familiaux limitant l'impact des contingences domestiques et facilitant les appuis logistiques ou financiers. Frappées de précarité économique, les ménages de petite taille disposent également de ressources en numéraire moindres, ce qui limite leur propension à mettre rapidement en œuvre une consultation en structure sanitaire. Enfin, la caste et l'ethnie, qui dans le milieu d'étude encore très traditionnel restent de puissants marqueurs sociaux, constituent d'importants facteurs de différenciation des pratiques thérapeutiques.

Dans une autre perspective, les analyses montrent que les personnes en charge de la santé de l'enfant ont des capacités différentes à proposer, décider, financer et mettre en œuvre les différentes alternatives thérapeutiques disponibles. La prise en charge de la maladie est le fait d'une organisation collective articulée autour d'un découpage de rôles définissant pour chacun des membres de la cellule familiale un registre d'action prédéfini et complémentaire des autres. La répartition des rôles pour la gestion de l'épisode morbide est précisément fixée. Elle dépend de différents paramètres déterminant la position de chacun au sein de la cellule familiale, dont les normes sociales traditionnelles, les caractéristiques sociodémographiques individuelles et la morphologie du ménage. Ainsi, dans le découpage traditionnel des rôles, les rapports de genre et intergénérationnels attribuent à la mère une autonomie limitée en terme d'accès aux ressources financières et de pouvoir de décision ; cependant, l'autonomie de la mère augmente avec l'âge et le nombre d'enfants, en fonction de la composition de la cellule familiale : la présence ou non d'autres femmes, plus âgées ou non, pondère les effets des variables sociodémographiques. A Niakhar, les choix thérapeutiques opérés par la mère de l'enfant sont en grande partie le fruit du découpage social des rôles imposé par les rapports de genre et les mécanismes de distribution des ressources au sein de la famille *Sereer*. Dans ce cadre, les importantes contraintes associées à la consultation en structure sanitaire restreignent fortement la capacité d'action des mères : elles ne sont le plus souvent pas en mesure de mettre en œuvre un recours biomédical et leur intervention est circonscrite à la pratique des soins à domicile ou tournés vers des thérapeutes traditionnels. Les problèmes d'accessibilité sont donc un instrument de renforcement de la dépendance de la mère vis-à-vis de l'organisation traditionnelle de la cellule familiale : elle ne peut suivre les recommandations des autorités sanitaires sans consulter le père de l'enfant, qui est, lui, conforté dans une position de bailleur financier dont l'intervention se limite à la prise en charge du coût des soins.

Les populations africaines vivant en milieu rural sont pénalisées par les limites de l'offre de soins à plusieurs niveaux. D'une manière générale, les déficiences du système sanitaires les pousse à utiliser les alternatives disponibles, y compris informelles, au détriment de la qualité et de l'efficacité des soins administrés. Dans une analyse comparative des ménages, il apparaît clairement que les enfants issus de familles pauvres, socialement marginalisées,

géographiquement éloignées des structures sanitaires et ou dotées d'une faible souplesse sur le plan logistique sont particulièrement pénalisés. Enfin, dans une analyse des conditions de prise en charge de la maladie, le coût financier et logistique du recours en structure sanitaire réduit le champ d'action de la mère et renforce sa dépendance vis à vis des autres membres de la cellule familiale.

Face à ces terribles constats, plusieurs conclusions s'imposent. En premier lieu, il apparaît nécessaire de mettre en œuvre les moyens financiers, qui, guidés par des choix politiques éclairés permettront de rendre accessibles de véritables moyens thérapeutiques aux populations. En second lieu, il apparaît nécessaire de revoir profondément les campagnes de sensibilisation sanitaires, afin d'impliquer tous les acteurs du recours aux soins : la maladie ne concerne pas exclusivement la mère, mais également le père de l'enfant, dès l'identification de la maladie. A un niveau de réflexion plus général, il apparaît que l'émancipation de la femme constituerait le moyen le plus sûr d'assurer un suivi thérapeutique plus adapté aux attentes des autorités sanitaires.