

ORGANISME INTER ETATIQUE.

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

UNIVERSITE DE YAOUNDE II



INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE
DEMOGRAPHIQUES

Année Académique 2007 - 2008
28^e Promotion

**LES DÉTERMINANTS DE LA PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DU PALUDISME AU GABON : CAS DES
ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS**

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Démographie (DESSD)

Option : Collecte et Analyse des données

Présenté par :

MOHAMEDOU Hassan

Directeur :

Dr. BENINGUISSÉ Gervais

Lecteur :

MUDUBU Léon

Yaoundé, Octobre 2008

Engagement

A l'issue de la formation à l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), il est demandé à chaque étudiant de présenter un travail de recherche qu'il doit soutenir publiquement. Ce travail, dénommé mémoire, porte en général sur les problèmes de populations et constitue une première expérience dans la recherche démographique pour chaque étudiant. Pour ce qui nous concerne, notre thème de recherche porte sur "*les déterminants de la prise en charge médicale du paludisme au Gabon : cas des enfants de moins de cinq ans*".

Les propos contenus dans ce document n'engagent que son auteur. Ils ne reflètent nullement les opinions de l'Institut de Formation et de Recherche Démographique (IFORD).

Avant propos

La lutte contre le paludisme n'a jamais mobilisé autant d'institutions publiques et privées, autant de ressources financières et humaines que ces vingt dernières années aussi bien en Afrique que dans le reste du Monde. Toutes ces mobilisations visent à apporter une réponse adéquate aux résistances opposées aux antipaludiques par le plasmodium (parasite) d'une part et pour faire face d'autre part à l'inefficacité des insecticides destinés à éradiquer le vecteur du paludisme. Ces deux sources de paludisme sont responsables de plus d'un million de morts d'enfants de moins de cinq ans et laissent des innombrables séquelles a ceux qui en guérissent.

Aussi, au regard des résultats obtenus, la nécessité d'une mobilisation interdisciplinaire pour combattre cette endémie s'impose. En effet, en dépit de l'endémicité de certaines régions d'Afrique comme le Gabon, les conséquences du paludisme chez les jeunes enfants peuvent être contrôlées par l'adoption des comportements et des démarches appropriés en matière de soin par les parents de ces derniers.

Ce travail a donc pour objectif général d'aider les acteurs de la santé tant publics que privés de disposer des indicateurs relevant des comportements des parents sur lesquels ils devraient agir afin que les recommandations en matière de prise en charge médicale des enfants soient mieux suivies et appliquer en attendant un probable vaccin contre le paludisme.

Dédicace

Ce travail est dédié

A tous ceux qui me sont chers

En particulier,

Ma mère KAMBO Fatou et mon père Feu Hassan GARBA

Vous mes ancêtres, mes frères et sœurs,

pour la foi que vous avez toujours
placée en moi et les encouragements à aller sans cesse de l'avant.

Remerciements

Au terme de ce travail de recherche, nous ne pouvons manquer d'exprimer notre reconnaissance à l'endroit de tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à sa réussite et à celle de notre formation de démographe.

Tout premièrement, nous remercions ALLAH tout puissant de nous avoir permis d'accomplir cette tâche, malgré toutes les difficultés rencontrées pendant notre formation.

Nous exprimons ensuite notre gratitude à l'endroit de nos encadreurs. D'abord notre Directeur Dr. BENINGUISSE Gervais qui n'a ménagé ni son temps, ni ses conseils pour nous permettre de mener à bien ce travail et nous a sans cesse encouragé à rechercher l'excellence et la rigueur scientifique. Ensuite notre lecteur Mr MUDUBU qui malgré son éloignement, nous a donné un peu de son temps pour lire notre travail ; cela nous a également été d'un grand secours.

Nos remerciements vont également à l'endroit de tous nos enseignants, plus particulièrement le Pr. EVINA AKAM, Mr Jean WAKAM et Mr Emmanuel NGWE qui, durant notre formation ont eu pour soucis, au delà de la formation académique qu'ils nous ont dispensée, de nous amener à prendre conscience du précieux rôle que doit jouer le démographe que nous sommes dans le processus du développement de l'Afrique. Nous leur disons merci et les assurons de faire bon usage de leurs conseils tout au long de notre carrière de démographe.

Ces remerciements s'étendent à la Direction et au personnel administratif de l'IFORD, notamment ces remerciements s'étendent à la Direction et au personnel administratif de l'IFORD, notamment à la Directrice exécutive, Pr. Elisabeth ANNAN YAO , au Directeur Administratif et Financier, Mr PESOU Jacob et au responsable du CDI, Mr AWUNG Franklin.

A la Direction Générale de la Statistique et des études économiques (DGSEE) du Gabon qui, en dépit des difficultés que nous avons rencontrées, nous a quand même permis de suivre cette formation. Merci également à MACRO International grâce à qui il nous a été possible de rentrer en possession de la base de données utilisée dans cette étude.

A tous nos collègues et amis de la 28^{ème} promotion de l'IFORD que nous avons eu l'honneur de représenter, notamment Abdoul YAYA DIA, SOUMANA Issifou, Sani ELHADJI à nos aînés des 26^{ème} et 27^{ème} promotions et nos cadets de la 29^{ème} promotion que nous avons côtoyés une année durant. Merci pour l'esprit d'entraide et de convivialité que nous avons su sauvegarder pendant ces deux années, en dépit des difficultés.

A mes frères gabonais des 27^{ème}, 28^{ème} et 29^{ème} promotions de l'IFORD, plus particulièrement Rodrigue NGUEMA, Hélonan MINKO MI ETOUA, Patrick ENGONE, Arnaud ENGOZOGO ENGOZOGO, Thomas BIVEGUE, Arnaud MBOUMBA, Philiat MBA OYONO et Philippe NKOMA pour leur soutien pendant ces moments de galères que nous avons traversés ensemble.

Enfin, nos remerciements à toute la communauté gabonaise présente à Yaoundé, pour avoir contribué à rendre notre séjour agréable.

Table des matières

<i>Engagement</i>	i
<i>Avant propos</i>	ii
<i>Dédicace</i>	iii
<i>Remerciements</i>	iv
<i>Table des matières</i>	vi
<i>Liste des tableaux</i>	ix
<i>Liste des figures</i>	x
<i>Liste des sigles</i>	xi
Introduction générale	1
Chapitre I: Cadre théorique	6
I-1 la revue de la littérature	6
I-1-1 : les connaissances biomédicales du paludisme	6
I-1-1-1 Faciès épidémiologique primaire du paludisme.....	6
I-1-1-2 le cycle palustre.....	7
I-1-1-3 le paludisme chez l'enfant.....	7
I-1-1-3 prévention et prise en charge du paludisme	8
I-1-2 : les systèmes de soins de santé	9
I-1-2-1 l'automédication.....	9
I-1-2-2 les médecines traditionnelles.....	9
I-1-2-3 la médecine moderne.....	10
I-1-3 : aperçu de la littérature sur la prise en charge médicale du paludisme en Afrique	10
I-1-3-1 : standards thérapeutiques du paludisme.....	10
I-1-3-2 les déterminants de la prise en charge médicale du paludisme	13
A) les facteurs de prédisposition	13
B) les facteurs facilitateurs	16
C) les facteurs de renforcement de l'utilisation de soin de santé moderne	20
I-2 Cadre conceptuel.....	22
I-2-1 : les modèles de prise en charge médicale moderne.....	22
I-2-2 : hypothèse générale	22
I-2-4 Hypothèses spécifiques	23
I-2-5 Définition des concepts	24
I-2-6 Variables opérationnelles	26
I-2-7: schéma d'analyse.....	27
Chapitre II : Cadre d'étude et méthodologie de la recherche	28
II-1 : Cadre d'étude	28
II-1-1 : Environnement physique et humain du Gabon	28
II-1-1-1 : le relief.....	28
II-1-1-2 : Le climat	28
II-1-1-3 : la végétation et l'hydrographie	29
II-1-2 : contexte socio démographique.....	29
II-1-2-1 : La structure par sexe et par âge	29
II-1-2-2 : la situation d'urbanisation.....	29
II-1-2-3 : la situation de l'éducation	30
II-1-3 : le contexte socio économique	30
II-1-4 : Contexte socioculturel.....	32

II-1-5 : le contexte sanitaire du Gabon	32
II- 1-5-1 le système sanitaire et la couverture sanitaire.....	33
A) le système sanitaire.....	33
B) la couverture sanitaire.....	33
II-1-5-2 : la politique de santé et le financement de santé.....	35
A) la politique de santé.....	35
B) le financement du secteur de la santé	35
C) Bilan du paludisme au Gabon.....	36
II-2 : Cadre méthodologique de la recherche	39
II-2-1 : Source des données	39
II-2-1-1 objectifs.....	39
II-2-1-2 questionnaire	39
II-2-3 Echantillonnage.....	41
II-2-2 : Evaluation des données	42
II-2-2-1 : évaluation de la qualité des données sur l'âge de l'enquêtée	42
II-2-2-2 taux de non réponse relative à la présence de fièvre chez les enfants de moins de cinq ans selon les caractéristiques de la mère.....	44
II-2-3 : quelques limites de la base de données utilisées.....	45
II-2-4 Méthode d'analyse	45
II-2-4-1. Analyse bi variée	45
II-2-4-2 analyse explicative multivariée.....	46
II-2-4-3 construction des variables	47
A) construction de la variable dépendante « prise en charge médicale ».....	47
B) construction des variables intermédiaires.....	47
Chapitre III: Prévalence et prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant : niveau et différentiel	49
III-1 : Prévalence du paludisme.....	49
III-2-1-1 le milieu de résidence	50
III-2-1-2 la région de résidence	51
III-2-2 les différences selon quelques caractéristiques de la mère	52
III-2-2-1 la prévalence du paludisme selon la religion de la mère	52
III-2-2-2 : la prévalence selon le niveau d'instruction de la mère.....	52
III-2-2-3 la prévalence du paludisme selon l'appartenance ethnique de la mère	53
III-2-2-4 la prévalence du paludisme selon l'occupation de la mère	54
III-3 : Prise en charge médicale en cas de paludisme chez l'enfant.....	55
III-3-1 Variation selon la situation de résidence des enfants	55
III-3-1-1 : le Milieu de résidence.....	55
III-3-1-2 : la région de résidence	56
II-3-2 : le différentiel de la prise en charge médicale des enfants impaludés	56
III-3-2-1 : les différences selon les facteurs socio culturels	56
A) le milieu de socialisation	56
B) La religion de la mère.....	57
C) l'ethnie de la mère	58
D) le niveau d'instruction	59
III-3-2-2 les différences selon les facteurs socio-économiques	59
A) l'activité du partenaire.....	59
B) le pouvoir financier de la mère	60
III-3-2-3 : les différences selon les facteurs socio démographiques	60
A) l'expérience de la mère	60

C) le type de ménage	60
D) la présence du mari dans le ménage	60
Chapitre IV : Déterminants de la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans.....	62
IV-1 : l'effet des facteurs socio culturels	62
IV-1-1 : l'appartenance religieuse	62
IV-1-2 : l'ethnie.....	62
IV-1-3 le milieu de socialisation	63
IV-1-4 le niveau d'instruction	63
IV-2 : l'effet des facteurs socio démographiques.....	63
IV-2-1 : l'expérience de la mère.....	64
IV-2-2 la taille du ménage.....	64
IV-2-3 : le type de ménage	64
IV-2-4 : la présence du mari dans le ménage	64
IV-3 l'effet des facteurs socio économiques	65
IV-3-1 l'activité du partenaire	65
IV-3-2 : le pouvoir financier de la mère.....	65
IV-4 : l'effet des facteurs contextuels	65
IV-4-1 le milieu de résidence	66
IV-4-2 : la région de résidence	66
IV-4-1 : l'accessibilité géographique	67
IV-5 : Synthèse et discussion des résultats.....	69
Conclusion générale.....	72
Bibliographie:.....	75

ANNEXE

Liste des tableaux

Tableau 1-1 : Illustration des attitudes thérapeutiques adoptées par les parents d'enfants fébriles à domicile.....	11
Tableau 1-2 : présentation des variables utilisées dans l'étude.....	26
Tableau 2-1 : Ratio population/formation sanitaire	33
Tableau 2-2 : Personnel de santé (données de 1997.....	34
Tableau 2-3 : nombre et catégorie d'agents par habitant	34
Tableau 2-4 : nombre de cas déclarés et taux de mortalité infantile dus au paludisme	36
Tableau 2-5 : récapitulatif du taux d'echec de combinaison thérapeutique antipaludique au Gabon	38
Tableau 2-6 : Taille et couverture de l'échantillon	41
Tableau 2-7 : Répartition des effectifs des femmes enquêtées par groupes d'âges	43
Tableau 2-8 : Taux de non réponses selon quelques caractéristiques maternelles.....	44
Tableau 3-1 : Répartition des enfants de moins de cinq ans selon leur état morbide au cours des 15jours ayant précédé l'enquête en âge revolu.....	49
Tableau 3.2 : Prévalence du paludisme selon le milieu de résidence	51
Tableau 3.3 : Prévalence du paludisme selon les régions	51
Tableau 3-4 : Prévalence du paludisme selon la religion de la mère	52
Tableau 3-5 : Prévalence du paludisme selon le niveau d'éducation de la mère	53
Tableau 3-6 : Prévalence du paludisme selon l'ethnie de la mère	54
Tableau 3-7 : Prévalence du paludisme selon l'occupation de la mère.....	54
Tableau 3-8 : Répartition de la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant selon certaines caractéristiques liées à la mère	57
Tableau 4-1 : Effets nets des variables indépendantes sur la prise en charge médicale.....	67

Liste des figures

Figure 1-1 : schéma conceptuel	23
Figure 1-2 : schéma analytique	27
Carte 2-1 : le taux d'échec de combinaison thérapeutique au Gabon, 2001-2002.....	37
Graphique 2-1 : l'évolution des effectifs des mères des enfants de moins de cinq selon l'age....	42
Graphique 2-2 : Répartition des effectifs des femmes enquêtées par groupe d'ages quinquennaux	44
Graphique 3.1 répartition des effectifs des enfants de moins de cinq ans ayant souffert de fièvre dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête	50

Liste des sigles

- ACT** : Combinaison Thérapeutique à base d' Artésiminine
- BM** : Banque Mondiale
- CHL** : Centre Hospitalier de Libreville
- EDSGI** : Enquête Démographique et de Santé du Gabon, 2000
- EGEP** : Enquête Gabonaise sur l'Evaluation et le suivi de la Pauvreté
- UNFPA** : Fond des Nations Unies pour la Population
- HPO** : Hôpital Pédiatrique d'Owendo
- MSF** : Médecins Sans Frontière
- NEPAD** : Nouveau Partenariat Africain pour le Développement
- OCEAC** : Organisation de Coordination pour la lutte contre le Endémies en Afrique Centrale
- OMS** : Organisation Mondiale pour la Santé
- PNLP** : Programme National pour la Lutte contre le Paludisme
- PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement
- RACTAP** : Réseau d'Afrique Centrale pour le Traitement Anti Paludique
- RBM**: Faire Reculer le Paludisme
- RGPH93** : Recensement Général de la population et de l'Habitation du Gabon, 1993
- SSP** : Soins de Santé Primaire
- UNICEF**: Fond des Nations Unies pour l'Enfance
- TBGS**: Tableau de Bord Général de Santé

Introduction générale

Le Paludisme est une maladie connue depuis longtemps des civilisations égyptienne, chinoise, chaldéenne et Hindoue. Hippocrate décrivait déjà les différents types de fièvre palustre au premier livre de ses *Epidémies* (PAGES, 1966). En Afrique, le paludisme est une composante de l'environnement depuis l'émergence de l'homme (BRUCE-CHIVATT, 1965).

Cette maladie parasitaire potentiellement mortelle est transmise par le moustique appelé « anophèle » qui affecte 40% de la population mondiale soit près de 3,2 milliards de personnes infectées pour 1 à 3 millions de décès par an ; plus de 75% de ces victimes infectées sont des enfants africains de moins de cinq ans (SNOW et al, 1999). Particulièrement, les enfants africains au Sud du Sahara sont les plus infectés avec 3000 décès par jour soit un (1) décès par seconde (RBM, 2006).

Sur le plan clinique, on distingue le paludisme simple ou accès palustre qui peut être causé par les quatre espèces de plasmodium. Le retard dans le traitement ou le diagnostic du paludisme simple peut conduire au paludisme grave lequel peut être mortel ou laisser de séquelles graves, notamment chez les enfants de moins de cinq ans (SAGBO et al, 2008). En effet, le paludisme grave ou cérébral chez ces enfants non immuns a pour conséquence l'insuffisance pondérale à la naissance, l'anémie, l'épilepsie et les difficultés d'apprentissage en cas de survie de ces enfants (RBM, 2001). En outre, les infections paludéennes répétées rendent les jeunes enfants plus sensibles aux autres maladies courantes de l'enfance telles que la diarrhée et les infections respiratoires, favorisant indirectement la mortalité (Rapport sur le paludisme, 2003).

Géographiquement, l'infection à paludisme varie d'une région à une autre sur le continent. Dans les zones de forte endémie pendant la période où la transmission atteint son paroxysme, près de 70% d'enfants d'un an ont le paludisme dans leur sang faisant ainsi 1,6 à 5,4 accès palustre chaque année (RBM, 2001). Avec six à neuf mois de pluviométrie, l'Afrique tropicale notamment le Gabon se caractérise par une forte prévalence du paludisme essentiellement à *plasmodium falciparum* presque toute l'année. Selon la première Enquête Démographique et de Santé (EDSGI de 2000), à la question de savoir les principales maladies de leurs enfants de moins de cinq ans, le paludisme apparaît en premier dans 90% des réponses des mères. La prévalence moyenne annuelle de l'infection plasmodiale chez les enfants fébriles âgées de 0 à 10 ans sur l'ensemble du territoire gabonais varie de 31 à 71% et les formes graves surviennent chez 45% des enfants fébriles hospitalisés. Au centre Hospitalier de Libreville (CHL), les anémies nécessitant une transfusion représente 70% des formes graves de paludisme, le paludisme est aussi responsable de 39% des cas

de fièvre reçus en hospitalisation et le taux de létalité était de 9% entre 2000 et 2002. Le paludisme demeure donc au Gabon un problème de santé publique (ANTIMI, 2006).

Des solutions et des stratégies en vue d'éradiquer cette épidémie en Afrique sont envisagées depuis l'époque coloniale notamment la première conférence panafricaine du paludisme de Kampala (1950) et la 8^{ème} conférence mondiale de la santé de Mexico (1955) qui suggéraient déjà l'éradication du paludisme dans certaines régions de l'Afrique. Face à la persistance de la prévalence du paludisme, des nouvelles conférences furent organisées pour redynamiser la lutte. Notamment, la conférence de Alma Ata en 1978 qui défendait l'idée de développement de soins de santé primaire (SSP) dans les pays sous développés avait aussi penché sur les questions liées au paludisme (MOSLEY, 1985). La réunion des ministres de la Santé à Amsterdam en 1992 fut de la lutte antipaludique une priorité sanitaire mondiale. Dans le même élan international, une grande initiative fut mise en place en 1998, en vue de créer le Partenariat Faire Reculer le Paludisme (RBM) pour contrôler et diminuer de moitié le fardeau mondial du paludisme d'ici 2010 ; et cela grâce à la conjonction des efforts du Fond des Nations Unies pour l'Enfance (U.N.I.C.E.F), de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et de la Banque Mondiale (BM). Le but assigné à cette initiative est repris par la déclaration du millénaire en son objectif six (6) qui préconise la maîtrise et l'éradication du paludisme d'ici 2015 comme des grands objectifs prioritaires en matière de santé publique pour les gouvernements des pays concernés.

Enfin, les chefs d'Etat africains se sont penchés en 2000 au sommet d'Abuja sur les moyens pour atteindre l'objectif du Partenariat Faire Reculer le Paludisme (RBM). Pour y parvenir, ils ont fixé des objectifs intérimaires afin d'évaluer les progrès réalisés au cours des différentes conférences panafricaines réservées aux spécialistes multidisciplinaires du paludisme.

Pays frappé de plein fouet par le paludisme, le Gabon a participé activement à toutes ces rencontres en tant que membre ; d'autant plus que les autorités gabonaises avait mis en place dès 1996 le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) en vue de coordonner les actions de lutte contre le paludisme en partenariat avec les organismes régionaux tels que le RACTAP et les autres organismes internationaux intervenant sur la problématique du paludisme. C'est à ce titre, que le Gabon est engagé depuis le 27 juin 2007 dans le projet du Round 5 avec l'appui du PNUD et qu'il a soumis sa composante paludisme au Fond Mondial en Avril 2004.

Parmi les actions palpables issues de ces décisions politiques, la promotion des moustiquaires imprégnées à efficacité durable en prophylaxie et l'utilisation de combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (ACT) en chimiothérapie constituent actuellement les deux principaux axes de lutte

contre le paludisme selon les recommandations de l’OMS. Ces nouvelles options de lutte viennent pallier les limites du dichloro-diphényl-trichloréthane (D.D.T) dont l’association avec les antipaludéens de synthèse a fortement amélioré, en son temps, la lutte contre le paludisme (PAGES, 1966) ; et pour surmonter la chimiorésistance du plasmodium ou les échecs thérapeutiques mais aussi pour maîtriser le problème lié aux mutations génétiques observées chez les moustiques vecteurs du parasite. Au Gabon, le taux d’échec thérapeutique à la chloroquine est supérieur à 50% ; il a été donc procédé au remplacement de la chloroquine par les ACTs dans le traitement de première intention de paludisme simple (ANTIMI, 2006).

Malgré, ces initiatives dans la lutte contre le paludisme, leurs impacts restent limités notamment au Gabon. En effet, selon le Directeur du PNLP du Gabon si 62% des ménages ont une moustiquaire, moins de 2% des enfants de moins de cinq ans dorment sous une moustiquaire imprégnée d’insecticide à longue durée d’action (ANTIMI, 2006). De même, la thérapie par les ACT reste assez faible dans la population. Des obstacles de plusieurs ordres sur le terrain comme ailleurs en Afrique, expliqueraient cette situation notamment : le manque de volonté politique et de ressources financières et humaines, le manque de formation du personnel médical, la faible reconnaissance des bénéfices des ACT pour les communautés, la pénurie des ACT d’une qualité garantie, le fait que les travailleurs de la santé n’aient pas accès à des tests de diagnostics rapide enfin, le faible accès aux soins en général (MSF, 2006). Ce même constat avait déjà été fait par l’OMS qui affirmait en 1990 que : « le choix d’un médicament et son utilisation dépend des facteurs multiples : la formation et les habitudes professionnelles en soins de santé, des facteurs socio culturels, économiques et médicaux légaux d’exercice de la profession et de la démographie médicale ; le bon usage des médicaments selon les experts est de le prescrire au bon malade et de prescrire le bon médicament, à la bonne dose et pendant une durée déterminée ». Le problème de paludisme apparaît donc non seulement comme une préoccupation biomédicale ; mais aussi comme un phénomène lié aux comportements individuels et sociaux.

Cette prise de conscience de la nature multiforme des facteurs limitants les efforts de lutte contre le paludisme a amené la Quatrième Conférence Panafricaine de la MIM sur le paludisme à reconnaître que les contributions de chercheurs scientifiques du monde entier ont été cruciales à la compréhension des dimensions socio culturelles du fardeau du paludisme afin de développer des interventions efficaces et à l’amélioration de la compréhension de la manière dont on peut assurer l’accès à ces interventions (RBM, 2005). A cet effet, plusieurs études pluridisciplinaires sur le paludisme sont observées et encouragées depuis quelques années. Une de ces études menées au Kenya avait conclu, par exemple, que la survie de l’enfant en Afrique tropicale est essentiellement

déterminée par les ressources sociales et économiques de la famille de l'enfant (MOSLEY, 1985). D'autres approches abordent dans le même sens telles que celles d'ANDERSON et NEWMAN (1972) et celui de GROSS (1972) et PHILIPS (1990) mettent l'accent sur les facteurs prédisposant, les facteurs facilitant, l'état de santé, la disponibilité et l'accessibilité des services de santé.

Ces différentes approches mettent ainsi en évidence la problématique de l'offre et de la demande des services de santé lesquelles permettent de comprendre le comportement des parents sur le mode de prise en charge médicale des enfants souffrant du paludisme. En effet, des comportements médicaux déplorables de la part des parents tels que le non respect de posologie, le recours aux formations de santé après des jours et les décès à domicile non déclarés sont constatés dans les pays africains impaludés. A ce propos le Directeur du PNLN au Gabon confirme que les statistiques sur l'état du paludisme ne représentent que la partie visible de l'iceberg, car elles proviennent des structures sanitaires publiques ; les décès survenus à domicile ne sont pas notifiés et le taux de complétude des rapports ne dépasse pas les 10% des cas réels sur l'ensemble du territoire national (ANTIMI, 2006) ; alors même que l'OMS recommande qu'en présence de tout syndrome fébrile chez un enfant de moins de cinq ans, dans les régions sub-sahariennes où le paludisme est endémique d'administrer un antipaludique approprié en première intention et de recourir le plus tôt possible à une formation sanitaire (TALANI et al, 1995).

Aussi, face à de telles difficultés liées essentiellement aux attitudes des parents, sommes nous posé la question de savoir : **quels sont les déterminants de la prise en charge médicale du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans au Gabon ?**

Autrement dit, l'intérêt de ce travail est de voir comment les facteurs socio économiques, socio démographiques et socio culturels déterminent les comportements de la mère en matière de prise en charge médicale de l'enfant de moins de cinq ans en cas de paludisme.

A cet effet, BÖETE (2006) avançait que la recrudescence du paludisme peut s'expliquer par des facteurs biologiques, socio économiques et politiques, qui peuvent donc conditionner l'attitude des mères.

L'objectif général de cette étude est donc de contribuer à l'amélioration des connaissances sur les déterminants de la prise en charge médicale du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans au GABON. Plus spécifiquement, cette étude vise à :

- évaluer la prévalence du paludisme au sein de la population des enfants de moins de cinq ans selon quelques caractéristiques liées à la mère de l'enfant et à son environnement.

- estimer l'importance et le niveau de prise en charge médicale c'est-à-dire le recours aux formations sanitaires et l'usage des antipaludiques appropriés en rapport avec les caractéristiques et l'environnement de la mère.
- ressortir les déterminants socioéconomiques, socioculturels, sociodémographiques et environnementaux de la prise en charge médicale efficace du paludisme infantile.

Notre travail va se dérouler en quatre chapitres à savoir :

- chapitre I : Cadre théorique
- chapitre II : Cadre d'étude et méthodologique de la recherche
- chapitre III : Prévalence et prise en charge médicale du paludisme chez les enfants : niveaux et différentiels
- chapitre IV : Déterminants de la prise en charge médicale du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.

Chapitre I: Cadre théorique

Il comprend deux sections à savoir : la revue de la littérature et le cadre conceptuel. La revue de la littérature permet de faire le tour de l'ensemble des connaissances sur le paludisme et des facteurs explicatifs de sa prise en charge médicales ; le cadre conceptuel permet d'orienter la recherche dans l'optique d'une application des techniques d'analyse appropriées.

I-1 la revue de la littérature

Elles se décomposent en quatre étapes : Les connaissances biomédicales, les différents systèmes de soins de santé, les travaux antérieurs et les approches explicatives de la prise en charge médicale.

I-1-1 : les connaissances biomédicales du paludisme

Le paludisme est une maladie des globules rouges provoquée par un parasite plasmodium dont le vecteur est le moustique du genre anophèle.

Il existe quatre espèces de ce parasite (MOUCHET et al, 1993) :

-*plasmodium vivax* qui n'entraîne que rarement la mort, mais provoque une morbidité importante avec des répercussions économiques sérieuses

- *plasmodium ovale* considéré comme peu pathogène

-*plasmodium malariae*, moins fréquent et a été accusé des troubles rénaux

-*plasmodium falciparum* qui est, de loin, le plus important car elle peut causer des accès aigus et mortels en l'absence de traitement.

I-1-1-1 Faciès épidémiologique primaire du paludisme

Le paludisme en Afrique peut se résumer en termes de degré d'endémicité en trois tableaux (Mouchet et al, 1993).

Stable :

1) équatorial : forêts et savanes post forestiers

- transmission pérenne : anophèle (*An*) *gambiae*, *An funestus*, *An nili*, *an moucheti*
- prémunition forte dès cinq ans
- morbidité : 30 à 50% des cas fébriles, établie sur toute l'année

2) tropical : savanes humides

Transmission régulière saison longue > 6mois : *An gambiae*, *An arabiensis*, *an funestus*, *An nili*.

Intermédiaire :

3) sahélien : savanes sèches

- transmission saisonnière courte < 6mois : an arabiensis, an, gambiae, an, funestus
- prémunition plus longue à s'établir, liée à la régularité de la transmission
- morbidité > 70% des cas fébriles en saison de pluies

Instable :

4) désertique : steppes sahélo sahariennes ; déserts de la corne de l'Afrique

- transmission courte ou aléatoire, grande différence d'une année à une autre
- prémunition faible, épidémie, écosystème type mal connu

5) austral : plateaux du sud de l'Afrique (Afrique du sud, Botswana... Mozambique)

- transmission saisonnière. l'interruption de l'hiver s'ajoute à la longue saison sèche : An arabiensis, An funestus apparemment peu solide, épidémies.

6) montagnard : montagne entre 1000 et 2000 mètres

- transmission limitée par la température (cap de 18°C) et les pentes (gîtes : An funestus, An arabiensis)
- peu ou pas d'immunité. Epidémies violentes (Burundi, Madagascar) grandes variations inter annuelles (température et pluies), problème du réchauffement

I-1-1-2 le cycle palustre

Le parasite du paludisme pénètre dans l'organisme de l'hôte humain lorsqu'un moustique anophèle contaminé fait un repas de sang. Le parasite subit alors un cycle de vie complexe. Grâce à ces changements, les plasmodies échappent au système immunitaire, contaminent le foie et les globules rouges, et prennent finalement une forme capable d'infecter à nouveau un moustique lorsqu'il pique une personne contaminée. Dans le corps du moustique, le parasite subit de nouvelles transformations jusqu'à ce qu'il soit capable de contaminer à nouveau un hôte humain lorsque le moustique femelle prend son repas de sang suivant, 10 ou 14 jours plus tard.

I-1-1-3 le paludisme chez l'enfant

L'absence de prémunition¹ et la présence de certaines symptomatologies telles que les crises convulsives et les troubles digestifs sont les signes de la gravité du paludisme de l'enfant. Il est observé quatre formes de malaria (Bangré, 2005) :

¹ C'est le fait de présenter un état de protection contre une maladie après plusieurs infections par cette même maladie

➤ **Le paludisme de primo invasion**

Il traduit le premier contact de l'enfant avec le plasmodium. Les signes sont dominés par la fièvre, le manque d'appétit, l'humeur irritable, la diarrhée et le vomissement ; les yeux peuvent devenir jaunes et les urines rares et très foncées. En l'absence de traitement, l'évolution peut être rapidement fatale. L'enfant reste faible, devient pâle et perd du poids sous récurrence des accès palustre simples.

➤ **L'accès palustre**

C'est la forme la plus souvent rencontrée en pratique quotidienne. Il s'agit d'une fièvre persistante avec des pics accompagnés d'une diarrhée, des vomissements et un état de prostration plus ou moins marquée. L'évolution peut se faire à tout moment vers le neuropaludisme en l'absence d'un traitement pourtant simple et efficace (DAKUYO, 1992)..

➤ **Le neuropaludisme (paludisme cérébral) ou accès pernicieux**

Tout accès palustre négligé ou incorrectement traité chez l'enfant (surtout entre 3 et 5 ans) peut aboutir à un paludisme cérébral au diagnostic grave. Il reste l'apanage de l'espèce plasmodiale la plus agressive, le plasmodium falcifarum.

L'enfant prostré, présente souvent un encombrement des voies respiratoire, une fixité permanente du regard, des mouvements anormaux au niveau des membres. Près de 7% des enfants qui survivent à un paludisme cérébral souffrent de problèmes neurologiques pendant le reste de leur vie : faiblesse, cécité, troubles de l'élocution et d'épilepsie. Leurs chances de s'instruire et mener une vie indépendante sont très compromises (RBM, 2006.).

➤ **Le paludisme viscéral évolutif**

Il survient chez les enfants vivant dans les zones d'endémie, soumis à des infestations paludéennes répétées. Le tableau réalisé est celui d'anémie chronique sévère de grosse rate pouvant évoluer à plus ou moins long terme vers la mort.

I-1-1-3 prévention et prise en charge du paludisme

- **le traitement préventif** : des études récentes en République Unie de Tanzanie ont démontré que le traitement systémique des nourrissons par le Sulphadoxine-pyriméthamine (SP) aux âges de 2, 3 et 9 mois, lors de la vaccination, réduisait de 60% les épisodes de paludisme clinique et de 50% les épisodes d'anémie pernicieuse (SCHELLENBER, GD et al, 2001).
- **Le traitement à base de médicaments antipaludiques combinés** :

Les essais de terrain menés dans plusieurs pays africains ont montré que l'administration combinée de médicaments comme la SP, auxquels le parasite devient de plus en plus résistant, avec

l'artésunate, un dérivé de la plante chinoise *Artésimia annua* améliorerait sensiblement les taux de réussite du traitement antipaludique.

Malgré les efforts de l'OMS dans les négociations avec les grands laboratoires pharmaceutiques, une des grandes difficultés des pays africains consistera à trouver les ressources suffisantes pour financer les traitements combinés dont les coûts sont beaucoup plus élevés

I-1-2 : les systèmes de soins de santé

En Afrique, les personnes malades ont recours à trois secteurs de soins : le secteur moderne, le secteur traditionnel et le secteur d'automédication. Dans une étude menée dans trois pays africains (Bénin, Cote d'Ivoire et Mali), il ressort que le premier secteur sollicité est celui dit moderne suivi de l'automédication (AKOTO, 2002).

I-1-2-1 l'automédication

Le recours à automédication en tant que premier soin est très courant dès l'apparition des premiers signes et symptômes de la maladie. Dans certains cas, cette pratique est destinée à soulager le malade avant la quête de soins plus appropriés ; dans d'autres, elle est indiquée contre les affections passagères. L'automédication est définie comme étant l'« utilisation et l'administration des médicaments modernes et/ou traditionnels sans prescription par un thérapeute » (AKOTO, 2002.). Les raisons qui justifient le recours à ce système sont diverses. On citera entre autres, la nature et le degré de gravité de la maladie, l'inaccessibilité géographique et/ou financière des autres systèmes de santé. De la même manière, BICHAM (1985, cité par FOURNIER et HADDAD, 1995) parle de médecine personnelle « domestique » pour montrer la pluralité des comportements d'auto traitement à base de produits traditionnels ou modernes. Cependant, ce type de traitement présente des risques dans la mesure où plusieurs malades l'achètent auprès de marchands qui ne respectent pas toujours les conditions d'entretien de ce produit. De plus, plusieurs produits contrefaits sont vendus aux populations et les posologies requises ne sont pas respectées.

I-1-2-2 les médecines traditionnelles

Considérées pendant longtemps par les rationalistes comme un système de soins ne reposant sur aucune base scientifique à cause d'une part de ses limites explicatives de l'étiologie de la maladie et d'autre part à cause de son mode d'administration de soin². Toutefois, depuis la conférence de Alma Ata (1978), cette médecine « informelle » est considérée comme

² Les scientifiques affirment que les tradithérapeutes

complémentaire à la médecine moderne pour pallier la faible couverture des zones rurales et de leur accessibilité difficiles aux centres de santé modernes ; mais aussi du fait des savoirs botaniques avérés des tradipraticiens. Ainsi l'OMS (2002) la définit comme « l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques, explicables ou non pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération, oralement ou par écrit ».

I-1-2-3 la médecine moderne

La médecine moderne est un système de soin fondé sur une pratique universellement reconnue et acceptée par la communauté scientifique. Elle se caractérise dans sa démarche par la consultation du malade, les analyses cliniques au laboratoire et la prescription des médicaments. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer le recours à ce système de soin en Afrique : son accessibilité géographique dans les grands centres urbains et surtout son efficacité dans le traitement de maladie endémique particulièrement (BANGRE, 2005).

I-1-3 : aperçu de la littérature sur la prise en charge médicale du paludisme en Afrique

Les travaux portant sur la prise en charge médicale des enfants malades sont nombreux ; de même que les approches explicatives des recours thérapeutiques.

I-1-3-1 : standards thérapeutiques du paludisme

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1990), les six principes de gestion d'un paludisme sont :

- si, très tôt, on suspecte un cas de paludisme grave, il faut transférer le patient là où le niveau de soins est le meilleur disponible. Etablir le bilan initial de l'état clinique.
- Donner le plus tôt possible une chimiothérapie antipaludique, en utilisant un médicament approprié, dosé de façon optimale et administré par voie parentérale
- Eviter les complications : convulsion, hypoglycémie, forte fièvre, ou tout au moins assurer une détection et un traitement précoce possible
- Vérifier que les équilibres des fluides, des électrolytes et acido-basiques sont maintenus
- Dispenser des bons soins médicaux
- Eviter les traitements avec des effets secondaires

Malgré ces recommandations, des études portant sur la gestion du paludisme en Afrique présentent de nombreux manquements.

Une de ces études descriptives et transversales sur la prise en charge du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans dans les formations sanitaires de Bafoussam a été effectuée par l'O.C.E.A.C. Cette étude visait trois objectifs : mesurer les effets néfastes du Paludisme à Bafoussam ; évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de prise en charge du paludisme de moins de cinq ans dans les formations sanitaires de ladite ville ; avoir une information sur le coût des différentes pratiques des soignants. Pour ce faire sept formations sanitaires publiques et privées sur 37 recensées ont été retenues. Ceci a conduit à examiner 101 carnets d'enfants et à interroger 10 médecins, 3 infirmiers et 101 parents accompagnateurs.

De nombreux problèmes résultent de cette enquête. Chaque formation sanitaire dispose de son propre protocole thérapeutique et seulement 15,38% de prescripteurs suivent les recommandations de l'O.M.S. Il n'y a donc pas de standardisation de traitement ni une bonne connaissance de doses et durées. Par exemple un médecin pédiatre conseille la chloroquine pour ses malades qui sortent de l'hôpital à la dose de 5 mg/kg/semaine pendant un mois en cas d'accès pernicieux et pendant trois mois en cas d'accès grave.

Du côté des parents, on constate que 98% d'entre eux ont consulté 48 heures après le début de la fièvre. Les motifs de consultation sont à 94% pour une fièvre. Seulement 17% des parents affirment que le paludisme est dû aux piqûres des moustiques, 43% des parents ont consulté les cases de santé, les tradipraticiens et les cliniques privées avant de rejoindre les hôpitaux enquêtés.

Tableau 1-1 : Illustration des attitudes thérapeutiques adoptées par les parents d'enfants fébriles à domicile.

Médicaments utilisés	posologie	Nombre (n=101)
Antipaludiques		
Camoquines ® sirop	1 cuillère à café	1
Flavoquine ® sirop	3 cuillères à café	1
Nivaquine ® sirop	1 à 2 cueilleres à café	25
Nivaquine ® comprimés	¼ à 3 comprimés	35
Quinimax ® comprimés	¼ à 3 comprimés	2
résochine ® sirop	3 cuillères à café	1
Autres médicaments		
Paracetamol comprimés 500mg	½ comprimés	1
Caféol ® comprimés	2 * / jour	
Aspirine®comprimés500mg	½ comprimés	2
Produits traditionnels	2 comprimés	2
	1 lavement	1

Source : OCEAC, 1995

Aussi, constate-t-on, dans cette même enquête, les effets néfastes de l'automédication sur la santé des enfants, dû certainement aux doses insuffisantes, inappropriées ou sur dosées et de la mauvaise qualité des médicaments qui exige en outre un accent particulier à porter sur l'éducation pour la santé des populations (O.C.E.A.C, 1998).

Une autre enquête du même réseau paludisme de l'O.C.E.A.C à Malabo, Brazzaville, Libreville et Yaoundé montre que les points suivants doivent encore être améliorés dans la conduite de l'entretien avec les mères des enfants fébrile :

- la standardisation des prescriptions des antimalariques de première et de deuxième ligne ainsi que la chimioprophylaxie à la norme des programmes nationaux de lutte contre le paludisme (PNLP) ;
- l'amélioration de la gestion des stocks des antimalariques dans les formations sanitaires ;
- l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique et de la supervision des formations sanitaire par le PNLP (LEMARDELEY et al, 1996).

Une autre étude de la même OCEAC(1998) visait à l'évaluation de la prise en charge du paludisme au Cameroun par les paramédicaux ayant suivi auparavant un recyclage à la prise en charge des fièvres et paludisme .

Il ressort de cette enquête que si l'interrogatoire des malades est bien dans l'ensemble l'examen clinique reste incomplet, le diagnostic le plus souvent asymptotique, les conseils aux malades restent rares.

Ce dernier constat, limité par une faible représentativité dans les provinces du littoral et du Sud ouest, confirme que les directives nationales pour le traitement des cas de paludisme (chloroquine ou amodiaquine en 1^{ère} intention, sulfadoxine pyriméthanine en 2^{ème} intention, quinine en 3^{ème} intention) sont loin d'être suivies dans les autres provinces.

S'agissant spécialement des parents, deux études furent menées au Sénégal, dans le site de Niakhar, par des paludologues, des démographes et des anthropologues qui ont abouti à la conclusion que l'accès des enfants aux soins n'était pas uniquement lié à la disponibilité des médicaments. La première, réalisée à partir des entretiens avec l'entourage après chaque décès d'enfant, a révélé que la moitié d'entre eux n'avaient pas été conduits au dispensaire. La seconde a montré qu'en cas de fièvre, près de 40% des parents envoyaient leurs enfants chez le guérisseur, de plus, en cas de symptômes persistants, ils n'hésitaient pas à changer de système de soins, passant du guérisseur au dispensaire ou vice versa. L'approfondissement des connaissances sur le comportement des parents apparaît aujourd'hui particulièrement crucial pour mieux adapter les protocoles thérapeutiques et les messages d'éducation sanitaire et, ainsi, augmenter l'efficacité des traitements (LEHESRAN, 2001).

En 1996, une étude d'évaluation de la prise en charge à domicile du paludisme dans un quartier périphérique de Cotonou au Bénin a montré que 98,5% des mères d'enfants de moins de cinq ans ont toujours pris l'initiative de traiter leurs enfants à Domicile avec des associations médicamenteuse aberrantes (GUEDEME et al. 1996).

Enfin, une étude effectuée dans un village (Njinikom) du Nord Ouest du Cameroun en 1995 par des sociologues a montré que les représentations et les croyances qu'une population entretient au sujet d'une maladie donnée sont susceptibles de modeler ses choix thérapeutiques. Les populations distinguent un paludisme naturel causé par les moustiques, l'insalubrité de l'environnement, le changement climatique et un paludisme causé par les esprits comme sanction. Pour se soigner les populations recourent à la médication moderne (nivaquine...) en associant les extraits d'essences naturelles (muyanga= huile de palmiste ...). Aussi se dégage t-il un itinéraire marqué par l'auto administration de quelques comprimés dès les premières attaques, le recours a un centre hospitalier moderne en cas de persistance des symptômes, et la consultation des tradithérapeutes dans les cas rebelles. Les raisons pour lesquelles on sollicite la médecine moderne sont l'efficacité de la médication, le coût et la proximité des services ; la tradithérapie recevant surtout des cas désespérés, pour lesquelles on soupçonne une connexion avec des réalités mystiques (KIAWI et al, 1997).

Ces travaux mettent en évidence l'importance d'une approche qui allie la médecine à d'autres disciplines en sciences humaines pour une meilleure compréhension de la prise en charge du paludisme de l'enfant en particulier. Qu'en est il donc des théories et modèles qui sous tendent cette nécessité ? Telle est la question qui va être examinée dans la suite.

I-1-3-2 les déterminants de la prise en charge médicale du paludisme

Les approches explicatives ou les théories sur la prise en charge thérapeutique des enfants, aussi bien au niveau du ménage qu'au niveau des formations sanitaires, sont nombreuses et diverses. Elles évoquent la problématique de l'offre et de la demande de service de santé. En d'autres termes, selon AKOTO (2002) ces dimensions (offre et demande) expriment les facteurs explicatives du recours thérapeutique. Il s'agit en gros de **facteurs de prédisposition** qui sont d'ordre individuel ou socio culturel qui poussent les individus ou les membres du ménage à recourir à un traitement ; les **facteurs facilitateurs** (enabling factors) qui peuvent inciter ou promouvoir l'utilisation des institutions sanitaires ; les **facteurs de renforcement** agissent sur les individus, pour maintenir leurs attitudes favorables vis-à-vis de tel ou tel recours thérapeutique.

A) les facteurs de prédisposition

Il s'agit de faire l'inventaire des variables socio démographiques et économiques qui expliquent les comportements et attitudes dans la prise en charge de l'enfant malade.

a- l'âge

Globalement, les jeunes personnes sont plus disposées à recourir au traitement ou aux services de soins que les personnes âgées³. Ainsi, les personnes âgées utilisent moins les services de santé parce que leurs ressources financières étaient moindres (BELCHER et al, 1976 cité par FOURNIER et HADDAD, 1995) ou qu'elles préféraient avoir recours aux praticiens traditionnels (OSHOMUVWE, 1996 cité par FOURNIER et HADDAD, 1995). Le traitement moderne des personnes âgées coûte plus cher que celui des enfants (ORUBULOYE et al. 1991 cité par AKOTO, 2002) alors les familles sont plus disposé à ne payer que les soins des enfants (OMORODION, 1993 cité par AKOTO, 2002).

En somme, l'âge des malades n'explique les différences de recours thérapeutique que par ce qu'entre autres les coûts de soins de santé sont élevés, par l'attitude du personnel de santé et par le poids de la tradition (NIRAULA, 1994 cité par AKOTO 2002).

La majorité des malades étant des enfants en bas age, l'interrogatoire se réduit à la description des symptômes par la mère (LE HESRAN, 2000).

b- le sexe

Les mères ou femmes sont habituellement plus nombreuses dans la population et font l'objet d'une attention particulière dans les stratégies des soins de santé primaires et de protection de la famille (FOURNIER et HADDAD, 1995). Pour le cas des enfants, il existe dans certaines sociétés, une discrimination en faveur des garçons (GBENYON et LOCOH, 1989) ; chez les adultes, on note que les femmes s'occupent beaucoup plus de la santé des membres de la famille que de leur propre santé (AKOTO, 2002). Malheureusement, pour des préjugés traditionnels, des contraintes financières et de niveau d'instruction, elles n'ont accès dans certaines régions de l'Afrique qu'à de soins traditionnels plutôt que moderne (DAVID, 1993 ; OMORODION, 1993 cités par AKOTO).

c-les caractéristiques du ménage

La taille de la famille, son caractère nucléaire ou étendu, le nombre d'enfants, les attributs du chef de famille et d' autres composantes familiales ont été liés à l'utilisation des services de santé (Fournier et HADDAD,1996). Plusieurs études, notamment celles de BLEDSOE et al.,(1988) ont montré que les enfants confiés, les enfants dont la légitimité est discutable, et les enfants issus des

³ Ibid.

unions passées ont plus de risque de voir leurs traitements reportés. Les parents adoptifs sont hésitants à amener les enfants adoptés vers des soins appropriés (AKOTO, 2002.). Et BIYEDELE (1995) de renchérir que le recours et la rapidité de recours aux soins dépendent à la fois du type de la maladie et du statut dans le ménage.

d- l'éducation

Les comportements en matière de santé dépendent dans une large mesure des connaissances que les individus ont des maladies et des soins administrés. Ces connaissances peuvent provenir de l'éducation reçue, des médias ou des expériences vécues. Ainsi de nombreuses études ont montré une relation entre la santé des enfants et l'éducation de la mère (DACKAM, 1993 et NOUMBISSI,1996). Toutefois, très peu d'études renseignent sur certains aspects comme la connaissance par la femme de certaines maladies cibles et la prévention contre ces maladies.

De même de nombreuses autres études confirment l'hypothèse de KLOOS (1987 cité par FOURNIER et HADDAD, 1995), selon laquelle le recours aux soins de santé augmente à mesure que s'élève le niveau d'éducation des patients. CALDWELL (1979) avait déjà montré dans une étude au Nigeria les mécanismes par lesquels l'éducation maternelle influence la santé des enfants. Premièrement, les mères deviennent moins fataliste vis-à-vis des maladies en adoptant plusieurs alternatives thérapeutiques disponibles (...).Deuxièmement une mère éduquée est plus apte à manipuler le monde moderne. Elle est plus sûre d'être comprise par les médecins et les infirmières (...). Troisièmement au-delà des deux raisons précédentes, l'éducation des femmes change grandement l'équilibre traditionnel des relations familiales qui agissent profondément sur les soins de l'enfant. Selon AKOTO (1993) chez les Yorouba du Nigeria la femme instruite, quelque soit son niveau d'étude, a la possibilité quand son enfant tombe malade, de prendre seule la décision de l'amener à l'hôpital sans se référer à sa belle mère au préalable.

e- L'ethnie et la religion

La cohabitation des populations d'origine ethnique diverse laisse apparaître une multiplicité de comportements thérapeutiques qui sont le reflet des différences culturelles au niveau des perceptions et des interprétations de symptômes ou dans la quête d'un traitement efficace (FOURNIER et HADDAD).

L'influence de la religion sur le recours à la médecine moderne dépendra du groupe auquel on appartient. La religion chrétienne, facteur de changement et d'adaptation, favorise le recours à la médecine moderne (AKOTO, 2002).

Des études au Kenya menées par BOERMA et BAYA (1990) et au Nigeria par NNANI et KABAT (1984) montrent que les chrétiens sont plus disposés à recourir aux services de soins de santé moderne tandis que les musulmans et les adeptes des autres religions traditionnelles ont plutôt tendance à consulter les praticiens traditionnels.

f-Le milieu de résidence

Les relations entre l'urbanisation et le recours aux soins n'ont pas été abordées par la plupart des études consultées. Si l'on tient compte de l'existence des grands centres de soins de santé, du personnel médical et paramédicaux essentiellement dans les grands centres urbains en Afrique, on peut supposer du fait de l'adoption aussi des modes de vie occidentales que les populations urbaines se référeront plus aux médecins qu'aux tradipraticiens (AKOTO, 2002).

Par contre la plus grande propension des populations rurales à recourir aux dispensateurs de médecine traditionnelle sont des phénomènes très bien décrits et documentés. Les barrières à l'utilisation des services sont donc nombreuses dans les zones et ne se limitent pas nécessairement à des questions d'accès aux services modernes. Ces barrières sont notamment : la pauvreté, le faible niveau ou non d'instruction, les déficits communicationnel avec le personnel médical et les difficultés d'accessibilité aux centres de santé (FOURNIER et HADDAD, 1995.).

B) les facteurs facilitateurs

Ils font référence au système formé par l'individu, le ménage et le système de soins lequel expliquerait le recours aux soins modernes.

a-Les coûts de soins de santé

Pendant longtemps de nombreux pays africains ont offert des services de santé gratuits à leur population. Cependant, avec la fragilisation de la situation macro économique et son corollaire de plans d'ajustement structurel, ces pays ont du revoir leurs ambitions ; toute chose qui a conduit leurs populations à fréquenter de moins en moins les centres de santé moderne au profit de la médecine traditionnelle.

A ce sujet, ORUBULOYE (1991, cité par AKOTO, 2002) explique cette désertion au Nigeria par la crise pétrolière et la dépréciation récurrente de la monnaie locale (Le Naira). Et TRAORE et al.

(1993) et DAVID et al (1995) d'ajouter que cette désertion du secteur moderne de soins s'explique par la différence des coûts entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

Au niveau micro les coûts de frais de santé sont différemment supportés par l'individu et par le ménage.

Les coûts de frais de santé au niveau du ménage comprennent les dépenses de consultation, les dépenses de transport, les dépenses de médicaments et d'hospitalisation qui dépendront essentiellement des personnes en charge du traitement au niveau familial (rôle des revenus) (AKOTO, 2002). De plus, SOMMERFELD et al. (1985 cités par FOURNIER et HADDAD, 1995) ont montré qu'au Mali Central, lors d'un épisode de maladie, le groupe de gestion de la santé se réunit, afin de décider du type de soins à utiliser. L'incompréhension de la cause de la maladie et de la thérapie à appliquer peut favoriser le recours à la médecine moderne (NIRAULA, 1994 cité par AKOTO).

Toute fois, la décision de recourir aux soins modernes peut être individuelle au moins partiellement. Les effets négatifs des augmentations des coûts rencontrent aujourd'hui, de nombreux partisans. Un auteur cite l'expérience d'une organisation non gouvernementale dans une des régions les plus pauvre du Mali qui, dit il, « fournit les évidences comme quoi les pauvres peuvent et sont prêts à payer pour certains services, quand ces services et les médicaments sont disponibles et leur qualité positivement perçue » (VOGEL, 1998).

b-les statuts économiques et les sources de financement

Le recours à la médecine moderne et l'abstention thérapeutique croissent en même temps que l'on change de classe sociale ou que le revenu augmente. FOURNIER et HADDAD (1995) rapportent ces constats confirmés par les études de l'USAID/Kinshasa (1986) au Zaïre et par BELCHER et al. (1976) au Ghana et par UYANGA (1983) au Nigeria, WADDINGTON (1989) au Ghana et FABRICANT (1991) en Sierra Leone. Un revenu élevé permet à son détenteur de s'offrir les soins modernes à savoir les frais de transport, de consultation, d'hospitalisation et de médication (AKOTO, 2002). Tandis que les détenteurs de revenu faible feront recours à la médecine traditionnelle.

Lorsque la femme n'a pas d'autonomie financière, son choix quant au type de recours thérapeutique pour ses enfants est faible. Ainsi, le recours à la médecine moderne sera importante quand ladite décision est prise par un conjoint instruit (DAVID,1993) ; son absence peut favoriser le non recours à la médecine moderne (AKOTO et al.,2002).

En outre, la séparation des revenus entre les époux et l'existence de ménage polygame sont des obstacles à l'accès des femmes aux soins médicaux modernes. Une étude auprès des ménages

polygames chez les Yorouba du sud du Nigeria montre comment la dépendance financière d'une mère dont le mari est polygame peut entraver le recours à un centre de santé pour le traitement adéquat de leurs enfants (ONI, JB, 1996).

Les sources de financement de soins de santé sont souvent multiples. Le plus souvent la contribution des hommes au frais de soins de santé est fonction de la gravité de la maladie, de l'activité et du statut du mari. Mais plus la maladie nécessite plus de dépenses, plus on recourt à la contribution de la famille élargie (ORUBULOYE, 1991 cité par AKOTO, 2002).

Au delà de la famille et de ses ressources propres, certains chefs de ménage ont recours à des emprunts auprès des amis, parents et autres (DAVID, 1995 cité par AKOTO, 2002) ou bien ils recourent aux assurances comme le démontre une étude au Zaïre de ILUNGA et al. (1995) sur l'obligation qu'ont les employeurs de prendre en charge les soins de leurs employés et des membres de leurs familles.

c-les facteurs liés aux soins

L'accessibilité et la qualité des soins sont des facteurs explicatifs de la prise en charge thérapeutique des malades. Diverses études montrent que, d'une manière générale, les taux d'utilisation de centre de santé décroissent à mesure qu'augmentent les distances à parcourir (FOURNIER et HADDAD, 1995).

D'autres études réalisées dans des contextes diverses montrent également que les formations sanitaires publiques sont sollicitées plus par les populations qui sont proches de celles-ci ; et que les distances à parcourir sont relativement courtes. Par exemple au Nigeria cette distance est inférieure à moins de deux kilomètres (GESLER cité par FOURNIER et HADDAD, 1995.) et au Ghana 70% des utilisateurs sont à moins de trois mille d'elles (FOSU, 1989).

Néanmoins, les effets des distances sur les comportements d'utilisation vont être fortement influencés par l'intervention de facteurs de différente nature, parmi lesquels la maladie, les coûts d'utilisation, le revenu des patients et surtout la qualité attendue des services, vont jouer des rôles essentiels, tel est le résultat de l'étude au Nigeria de STOCK cité par FOURNIER et HADDAD (1995).

L'accessibilité des soins dépend aussi de la présence du personnel de santé dans ces formations sanitaires. Ce dernier répugne le plus souvent à travailler dans les villages, ou à faire des tournées, ils se sentent souvent supérieurs aux villageois à qui ils exigent certaines pratiques avant les soins (AKOTO et al. 2002.). Et NIRLAULA (1994 cité par AKOTO, 2002) observa aussi que les personnels du secteur moderne, dont les méthodes s'éloignent du style de vie des populations, s'opposent radicalement aux méthodes du tradithérapeute.

La qualité de soins est un autre facteur essentiel du recours thérapeutique des populations. Ces derniers ont une définition propre de ce qu'est un service sanitaire de bonne ou de mauvaise qualité. Une étude faite au Nigeria montre que les utilisateurs de services de santé attendent de la compétence et de la courtoisie des professionnels, l'attention fournie aux patients et la continuité de la distribution des médicaments (EGUNJOBI, 1983).

Des études ont été menées sur la qualité des éléments perçue jouant ainsi sur l'utilisation des services par les populations. Les composantes techniques notamment le degré de qualification médicale sont des facteurs favorisant le recours aux soins. Une étude au Nigeria montre que 90% de la population avait recours à un centre de santé si la prise en charge est assurée par un médecin (ABOSEDE, 1984). Par contre la qualité des infrastructures sanitaires n'a pas beaucoup d'influence sur le comportement des usagers comme l'a montré des études faites au Sénégal (UNGER, 1990) et au Zaïre (HADDAD, 1992).

La continuité des services telle que celle de la distribution des médicaments encourage les populations à recourir aux ressources sanitaires modernes comme l'a constaté au Sénégal UNGER (1990).

Les relations interpersonnelles sont des facteurs importants quand aux recours des populations. Des études montrent que le partage des paradigmes communs peut favoriser les contacts entre dispensateurs et utilisateurs de même ethnie (SLIKKERVER, 1989), il est reproché au personnel de santé une certaine rudesse vis-à-vis de leurs patients (WADDINGTON, 1989).

La médecine moderne n'a généralement pas d'approche globale de la personne humaine et ignore les aspects sociaux de la maladie en réduisant celles-ci à des dimensions physiques (SWANTZ, 1979). Par contre les médecines traditionnelles n'entraînent pas de rupture culturelle d'où leurs recours par les populations (Dunlop) car à part les soins, elles reçoivent une explication du sens de leurs maladies. Enfin, l'intégrité et l'honnêteté des personnels de santé peuvent influencer l'utilisation des services.

Les populations sont sensibles aux modalités organisationnelles concernant le paiement des honoraires et les frais de traitement. Ainsi au Ghana et au Zaïre des mécanismes trop rigides dans les formations sanitaires publiques étaient responsables d'une sous utilisation de ces services (WADDINGTON, 1989).

En gros, l'efficacité, la rapidité et la permanence du traitement plaident en faveur de la médecine moderne quoique celui-ci coûte très chers pour les utilisateurs qui s'en détournent (AKOTO et al, 2002.).

C) les facteurs de renforcement de l'utilisation de soin de santé moderne

Il s'agit des facteurs portant sur la gravité et la durée, les croyances étiologiques

a- la durée et la sévérité du problème de santé.

La proportion des patients qui recourent à un quelconque dispensateur de service augmente en même temps que la durée de la maladie. Ainsi dans plusieurs études, lorsque les patients ont des maladies chroniques, ils se dirigent vers les praticiens traditionnels et lorsqu'ils ont des maladies aiguës, ils se rendent dans les services de santé modernes parfois quelque soit la distance (MWABU et KLOOS, 1987).

En outre, la gravité ou la sévérité de la maladie influence la nature de la thérapie et des dispensateurs de santé utilisés. Le recours à l'auto traitement diminue quand la maladie est sévère tels qu'il a été constaté dans des études en Cote d'Ivoire et au Burkina Faso (LASKER, 1981).

b-les croyances étiologiques et les perceptions de systèmes de santé

Le plus souvent, c'est l'étiologie attribuée à la maladie qui va servir à la caractériser. La maladie revêt donc un caractère social et ses causes sont nombreuses (AKOTO et al, 2002.). Selon que la maladie est perçue comme d'origine naturelle ou surnaturelle, elle est traitée dans le premier cas par la médecine moderne et dans le second par la médecine traditionnelle. Au Mali une étude a montré que les maladies subséquentes à la « magie noire » seraient exclusivement traitées par la médecine traditionnelle à contrario des maladies naturelles (HIELSCHER et SOMMERFELD, 1985). Toutefois, on peut rencontrer des maladies mixtes qui sont à la fois naturelles et surnaturelles (UCHE, 1988 cité par AKOTO, 2002).

Le recours aux services de santé ou à un type de traitement est aussi fonction des connaissances et croyances que les populations ont de ce système (AKOTO et al, 2002) mais également des bénéfices médicaux et sociaux attendus par ces patients (KROEGER, 1983).

c- La politique et les programmes gouvernementaux et non gouvernementaux

L'environnement politique est très déterminant pour le recours aux soins. L'influence des politiques et programmes de santé peut être évaluée à travers : l'organisation et la gestion, la sensibilisation, la capacité administrative de proposer une politique sanitaire favorable et l'existence d'une institution (AKOTO et al, 2002.).

Avec l'indépendance, la nécessité d'étendre et de développer les services de santé existants se faisait ressentir (FOURNIER et HADDAD, 1995).

Les services publics de santé s'organisent sur le principe de la ventilation : les patients des régions rurales sont réorientés vers les grands centres urbains (MALCOLM et al, 1998) qui concentrent les grandes formations sanitaires.

Les systèmes de santé de certains pays en développement sont submergés par des problèmes de gestion et de logistique. Ainsi administre t-on dans de nombreux cas, des vaccins que leur ancienneté et l'exposition à la chaleur ont rendu inefficace, le maintien d'un milieu stérile pour les soins médicaux étant, quant à lui, quasiment inexistant. Ainsi, la mise au point et la diffusion des traitements simples pour les affections courantes doivent accompagner l'extension de services médicaux en milieu rural (MALCOLM et al, 1998).

Cette revue de la littérature sur le paludisme permet de mettre en évidence le cadre conceptuel qui contient le matériau à analyser par la suite.

I-2 Cadre conceptuel

Il met en relation les concepts contenus dans notre thème à travers un schéma. Ainsi nous pouvons saisir les mécanismes d'actions des déterminants de la prise en charge médicale du paludisme de l'enfant. Etant donné que cette construction conceptuelle provient des modèles existants ; il est important de s'en inspirer afin de bâtir un qui conviendrait à l'exécution de ce travail.

I-2-1 : les modèles de prise en charge médicale moderne

Le premier modèle est celui du DUJARDIN (1993). Ce modèle essaye d'intégrer les facteurs qui, liés aux comportements des femmes et au fonctionnement des services de santé, sont autant de barrières potentielles entre la survenue d'un problème de santé et sa prise en charge par le système de santé (DUJARDIN, 1993). En adaptant ce modèle, il ressort que quatre conditions mènent à la prise en charge de l'enfant impaludé :

- l'existence de motivation qui résulte de la perception de la gravité de la maladie de l'enfant et la croyance qu'elle a dans l'efficacité d'un service de santé officiel ;
- l'utilisation de ce service de soin qui doit surmonter les barrières culturelles, le manque de ressources, le problème de moyen de transport et la qualité de l'organisation ;
- le diagnostic qui obéit à un examen, à la qualité technique et à la sensibilité du diagnostic ;
- la disponibilité d'un traitement approprié qui allie la qualité, l'acceptabilité et l'efficacité technique.

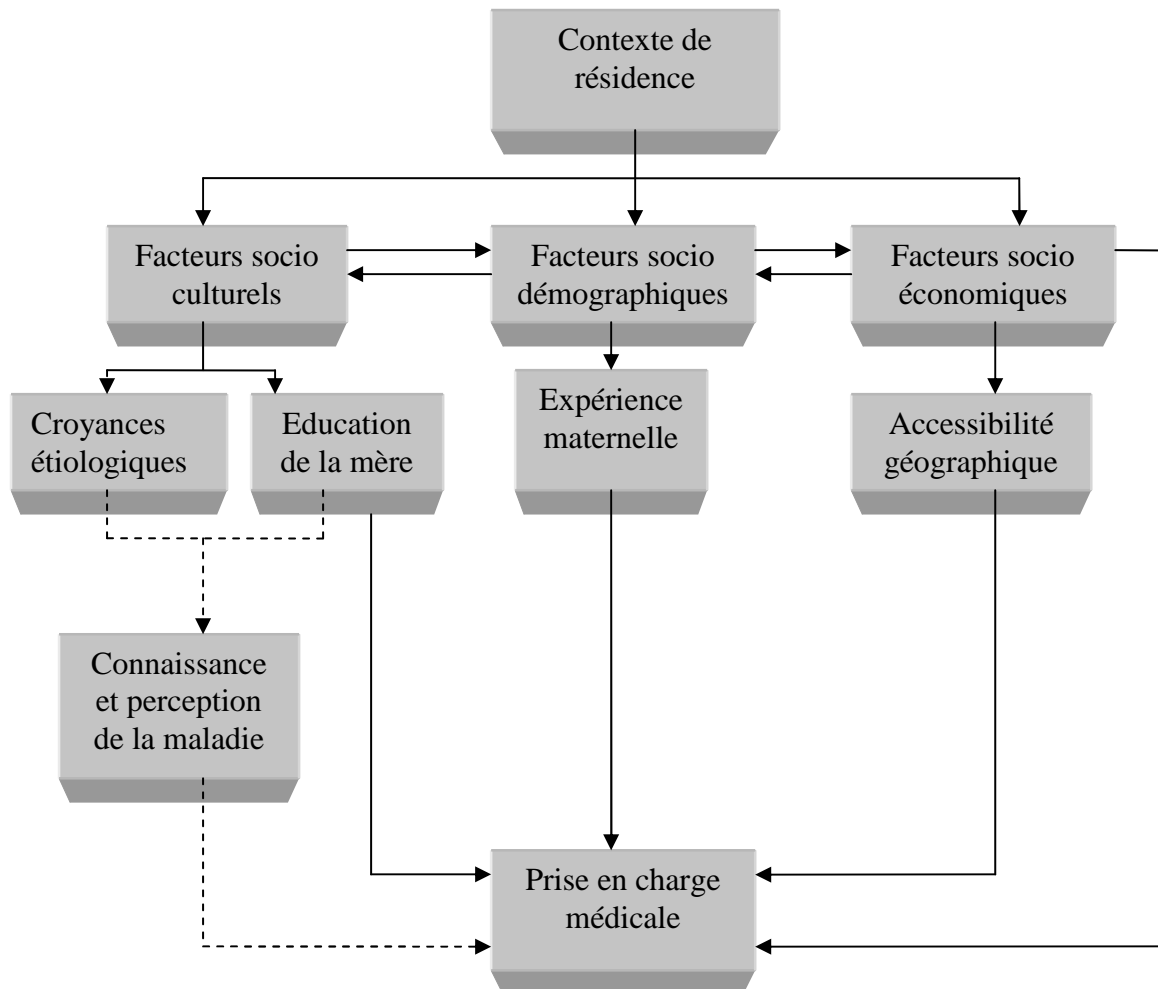
Le second modèle proposé par ANDERSEN et NEWMAN (1972) envisage l'utilisation des services de soins comme une résultante de quatre variables indépendantes : les facteurs prédisposant (connaissances des ressources de santé, perception des problèmes de santé, attitudes vis-à-vis des soins de santé...), les facteurs facilitant (revenu, niveau socio économique, taille de la famille...), l'état de santé, la disponibilité et l'accessibilité des services de santé.

I-2-2 : hypothèse générale

De la brève revue de la littérature et des modèles ci-dessus, l'hypothèse générale qui soutient notre travail est que : selon la région de résidence de la mère, la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant est influencée par les facteurs socio économique, socioculturels, socio démographique et environnementaux ; l'effet de ces facteurs passeraient à travers l'expérience de la mère, ses connaissances, perceptions, ses croyances étiologiques relatives à la maladie, son pouvoir financier et l'accessibilité aux lieux de soins.

I-2-3 : schéma conceptuel

Figure 1-1 : schéma conceptuel



Selon le contexte de résidence, les facteurs socio culturels (milieu de socialisation, l'ethnie, la religion, le niveau d'instruction et le), les facteurs socio démographique (la taille du ménage, le type de mariage, la présence du mari) et les facteurs socio économiques (activité du partenaire de la mère, le pouvoir financier de la mère) influencent la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant ; et l'effet de ces facteurs passeraient respectivement par l'expérience de la mère et l'accessibilité géographique .

I-2-4 Hypothèses spécifiques

H1 : l'amélioration du niveau d'instruction de la mère augmente la propension des enfants impaludés à bénéficier d'une prise en charge médicale appropriée.

H2a : un enfant issu d'une mère dont le partenaire de la mère est cadre reçoit une meilleure prise en charge médicale que celui issu d'une mère dont le partenaire est inactif.

H2b : plus le revenu financier des mères est élevé, plus les enfants impaludés bénéficient d'une prise en charge médicale appropriée.

H3 : les enfants issus des mères catholiques reçoivent un antipaludique approprié et sont conduits à un centre de santé que les enfants issus de mères musulmanes.

H4 : la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant augmente avec l'expérience maternelle acquise en matière de soin.

H5 : les enfants impaludés issus des mères vivant à Libreville/ Port gentil bénéficient d'une meilleure prise en charge médicale que leurs confrères issus des mères vivant dans le Sud du Gabon.

I-2-5 Définition des concepts

Les principaux concepts à définir sont les suivants : la prise en charge médicale, le paludisme, le pouvoir financier, l'accessibilité géographique, l'expérience de la mère, la perception et la croyance, soin de santé.

La prise en charge médicale :

Ce concept fait référence au comportement thérapeutique des mères à l'apparition des premiers signes cliniques du paludisme chez l'enfant.

En effet, en cas de suspicion de paludisme grave, la prise en charge médicale du paludisme chez les enfants de moins de cinq qui sont non immuns, obéit à un protocole à savoir : transférer le patient à une formation sanitaire et l'administration très tôt d'un antipaludique approprié, dosé de façon optimale et par voie parentérale (OMS, 1990).

Le paludisme :

C'est une maladie parasitaire due à un plasmodium transmise par un moustique appelé l'anophèle femelle. Au Gabon, notre cadre d'étude, le plasmodium falciparum et le plasmodium ovale sont les formes de parasite qui sévissent le plus. Cependant, nous retiendrons comme « enfants malades » ceux qui ont eu la fièvre/convulsions au cours des deux semaines ayant précédées l'enquête car la fièvre est considérées comme l'un des symptômes du paludisme (EDSG I).

Le pouvoir financier de la mère :

Ce concept se réfère aux capacités financières ou à l'autonomie financière dont la mère dispose vis-à-vis de son partenaire. En fait, cette indépendance financière permet à la mère de prendre à sa charge les frais de santé de son enfant en cas de refus ou d'incapacité de son époux /partenaire. Il sera construit avec les variables relatives à l'activité principale de la mère, à son niveau d'instruction et à sa participation dans les dépenses du ménage.

L'expérience maternelle :

Elle porte sur l'ensemble des connaissances acquises par une mère en matière de soins. Elle sera estimée à travers la parité et l'âge de la mère.

Facteurs socio culturels :

Ce concept qui rend compte du processus de socialisation (acquisition des normes, des valeurs ...) sera appréhendé à travers l'ethnie, la religion et le milieu de socialisation. Ces trois dimensions façonnent, selon les contextes, les comportements thérapeutiques de dispensateur de soin.

Facteurs socio démographiques :

Ce concept prend en compte la taille du ménage, le type de ménage (monogame ou polygame), l'expérience maternelle et la présence du mari dans le ménage. En générale, un nombre élevé de personnes dans un ménage peut réduire la propension des parents à fournir aux enfants les soins médicaux modernes.

Facteurs socio économiques :

Ils concernent essentiellement l'activité du partenaire de la mère et le pouvoir financier de cette dernière. En effet, le pouvoir financier de la mère se révéla déterminant dans la prise en charge médicale du paludisme lorsque le conjoint n'exerce pas une activité ou lorsque celle-ci ne suffise pas subvenir aux besoin essentiels du ménage.

Croyances étiologiques :

Elles font référence aux perceptions, à l'origine et à la cause des différentes maladies.

L'accessibilité géographique :

Elle renvoie aux distances à parcourir et à la durée pour se rendre au service de santé le plus proche. Elle sera construite grâce aux variables relatives à la distance et à la durée de déplacement du domicile du malade au centre de santé.

I-2-6 Variables opérationnelles

Pour cette étude, la variable dépendante prise en charge médicale sera mesurée grâce aux variables : recours à une formation sanitaire et l'administration d'un ou de plusieurs antipaludiques. Le cadre conceptuel précédant montre que les variables indépendantes peuvent agir directement sur les modes de prise en charge médicale, d'autres variables peuvent servir d'intermédiaire.

Tableau 1-2 : présentation des variables utilisées dans l'étude

concepts	Variables opérationnelles
Facteurs socio culturels	-Milieu de socialisation -Religion -Ethnie -Niveau d'instruction - Milieu de résidence
Facteurs socio démographiques	-Taille du ménage -Type de ménage : monogame ou polygame
Facteurs socio économiques	-L'activité professionnelle du chef de ménage - la présence du mari dans le ménage
Accessibilité géographique	-la distance à parcourir -la durée de déplacement
Expérience de la mère	-l'âge de la mère -la parité atteinte
Pouvoir financier de la mère	-occupation professionnelle de la mère - participation aux dépenses du ménage
Paludisme	fièvre survenue chez l'enfant au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête.
La prise en charge médicale	- recours à un centre de santé en moins de 24 heures - administration d'un antipaludique approprié

I-2-7: schéma d'analyse

Figure 1-2 : schéma analytique



Seules les relations à flèches pleines seront vérifiées. Tandis que les relations à flèches éclairées ne le seront pas. Car les données relatives à celles-ci n'ont pas été saisies dans la base de données de l'EDSGI que nous avons utilisée.

Conclusion partielle :

Ce chapitre a fait ressortir d'une part les connaissances sur le paludisme et les moyens de lutte actuels, et d'autre part les facteurs explicatifs associés à la prise en charge du paludisme. Ces facteurs explicatifs d'ordre socioculturels, socio démographiques, socio économique et environnementaux ont permis de construire un cadre conceptuel et d'émettre des hypothèses à analyser par la suite. Nous allons présenter dans le chapitre suivant le cadre de l'étude et la méthodologie de travail qui ont servi à la collecte des données.

Chapitre II : Cadre d'étude et méthodologique de la recherche

La compréhension de l'ampleur de l'endémie du paludisme au Gabon nécessite la prise en compte de l'environnement physique et humain, du contexte socio démographique, du contexte socio économique, du contexte socio culturel et du contexte sanitaire .

II-1 : Cadre d'étude

II-1-1 : Environnement physique et humain du Gabon

Le milieu gabonais est contraignant par son relief contrasté et son climat à la fois chaud et humide qui sont des éléments propices au développement de maladies diverses aussi contagieuses que mortelles.

II-1-1-1 : le relief

Le Gabon est situé dans le golf de Guinée, à cheval sur l'équateur avec une superficie de 267667 Km². Il est limité au nord par le Cameroun, au Nord-Ouest par la Guinée Equatoriale, à l'Est et au Sud par le Congo et à l'Ouest par l'Océan atlantique qui baigne ses cotes sur plus de 800 km. En somme le relief gabonais présente une variété de formes. On distingue synthétiquement trois grands ensembles orographiques et géomorphologiques : les basses terres de la région côtière ; les massifs montagneux du centre culminant à plus de 1000 mètres ; les plateaux du Nord et de l'Est

II-1-1-2 : Le climat

Le Gabon est situé entre les latitudes 2°30'N et 3°55'S, au cœur du domaine équatorial dont les principales caractéristiques sont : une chaleur constante et une humidité élevée, des précipitations abondantes à régime pluviométrique bimodal.

De part sa position équatoriale, le Gabon baigne en permanence dans une masse d'air chaud. Les températures moyennes mensuelles, d'une station à l'autre, oscillent entre 23 et 29°C.

La pluviométrie varie de 1500 à 3000mm d'eau par an. Le cycle climatique alterne quatre saisons : une petite saison sèche (mi-décembre à mi-février), une petite saison de pluie (mi- février à fin avril), une grande saison sèche (début mai à mi-septembre) et une grande saison de pluie (mi-septembre à mi décembre).

Ce climat et cette pluviométrie sont des gîtes propices au développement de vecteurs de maladie comme le paludisme.

II-1-1-3 : la végétation et l'hydrographie

Bénéficiant d'abondantes précipitations, le Gabon est drainé par un réseau hydrographique très dense. Le principal cours d'eau est l'Ogooué qui prend sa source en république du Congo et s'étend sur environ 1000 km en territoire gabonais. Il draine sur 215000km², soit les 4/5 du pays. Les seconds cours d'eau forment les bassins côtiers composés à l'extrême Nord par le Ntem et le Woleu qui prennent leur source au Gabon et au Sud de l'Ogooué par plusieurs fleuves côtiers.

La description de l'environnement physique du Gabon laisse apparaître un milieu propice à la reproduction et à l'éclosion des larves des parasites du paludisme et de leurs vecteurs.

II-1-2 : contexte socio démographique

En 1993, le Gabon avait une population total de 1014976 habitants d'après le recensement générale de la population et de l'habitat (RGPH, 1993). La densité moyenne de population est de 3,8 habitants au km². D'après les résultats de 1993, deux villes concentrent la majorité de la population : Libreville-Owendo avec 463.000 habitants et Port Gentil, 80000 habitants. La mortalité maternelle est très élevée (519 décès sur 100000 naissances vivantes). Le taux brut de natalité est de 4,3 enfants par femme et le taux de fécondité est de 5,4%(EDSGI, 2000) et l'espérance de vie à la naissance est de 56,6 ans.

II-1-2-1 : La structure par sexe et par âge

La structure de la pyramide des ages et par sexe de la population gabonaise présente une prédominance des jeunes de plus en plus marquée. De plus le rapport homme/femme est égal à 1 dans les villes et inférieur à un (1) en milieu rural. Ces caractéristiques sont toutes susceptibles d'avoir un impact sur la biodiversité et l'environnement à travers leurs répercussions sur les structures socio économiques des populations et particulièrement sur leur rendement économique.

II-1-2-2 : la situation d'urbanisation

L'une des caractéristiques de l'urbanisation gabonaise réside dans le fossé démographique entre la capitale Libreville avec 40% de la population totale et les autres villes (RGPH, 1993). Port-gentil et Libreville offrent tous les attributs de la modernité qui exercent une attraction énorme sur les populations rurales. Ceci a pour conséquence l'étirement de l'occupation spatiale et l'occupation illégale de zones considérées comme inconstructibles qui constituent de fortes contraintes pour l'extension des réseaux et de la voirie. Et la Banque Mondiale (1996) affirme après évaluation que 80% de la population de Libreville habite des zones non viabilisées. Cela

s'expliquerait par le manque de véritable politique d'aménagement urbain et dans de nombreux quartiers l'environnement est hostile (Banque Mondiale, 1996).

Du fait de cette forte urbanisation anarchique d'énormes problèmes sociaux se sont relevés à travers l' Enquête Démographique et de Santé (EDSGI, 2000).

Ainsi

- 77% de la population gabonaise a accès à une eau supposée potable d'origine diverse : robinet (52%), bornes fontaines (41%), rivières (35%), sources (22%) et puits ouverts (5%)
- 52% des ménages gabonais utilisent des fosses rudimentaires (privées et communes), 23% utilisent des toilettes modernes
- 61% des ménages urbains ont des logements dont le sol est recouvert de ciment et 54% ont des toits en tôles et plafonds par contre 57% des logements ont un sol en terre/ sable et 80% des toits sont recouverts de tôles en milieu rural

II-1-2-3 : la situation de l'éducation

Selon l'EDSGI (2000), en matière d'éducation, le Gabon a un objectif double : d'une part, assurer « la scolarisation obligatoire des enfants », d'autre part, couvrir les besoins en « alphabétisation fonctionnelle ». Ainsi, selon les derniers résultats du RGPH de 1993, près de 72% des résidents sont alphabétisés (79% d'hommes et 66% des femmes) et près de 90% des enfants de 6-14 ans et 68% de ceux de 15-19ans fréquentent l'école.

Toujours selon l'EDSGI (2000), 94% des femmes ont fréquenté l'école et 77% d'entre elles savent lire sans difficulté. De même, 6% des femmes de 15-49ans n'ont jamais fréquenté l'école contre 8% des hommes de 15-59 ans. Toutefois, 22% des femmes et 16% d'hommes ne savent ni lire ni écrire. Ainsi, le système éducatif n'atteint donc pas complètement son objectif minimum qui est d'apprendre à lire et à écrire. D'après le PNUD (2002), le PNB consacré aux dépenses publiques d'éducation est passé de 5,8% entre 1985-1987 à 2,9% entre 1995-1997. Le même organisme affirmait déjà en 1998 que le système éducatif gabonais est peu performant en grande partie à cause de surcharges d'effectifs dans les grandes villes.

II-1-3 : le contexte socio économique

Le Gabon est classé parmi les pays à revenu intermédiaire supérieur à cause de son niveau du Produit National Brut par habitant qui tourne autour de 3400 dollars (EDSGI, 2000). L'économie du pays repose essentiellement sur trois produits d'exportation : le pétrole, le manganèse, et le bois.

Le pétrole est le principal produit avec 95% des exportations et 37% de contribution au Produit Intérieur Brut en 1999. Le manganèse place le Gabon au deuxième rang des pays

producteurs mondiaux après l'Afrique du Sud. L'activité d'extraction d'Uranium s'est arrêtée fin juin 1999 suite à l'appauvrissement de ses gisements.

Enfin en ce qui concerne le bois, la forêt gabonaise couvre près de 22 millions d'hectares soit 85% de la superficie du pays. Près de 40% de la superficie demeure à l'état primaire, le taux de déforestation dû aux activités agricoles étant inférieur à 1% par an. La forêt gabonaise, l'une des plus riches d'Afrique, recèle plus de 400 essences de bois et présente 180 000 Km² de réserves. Le potentiel commercial total est de 400 millions de mètres cubes dont 130 millions d'okoumé. Chaque année, près de 2,5 millions de mètres cubes de bois sont produits avec 90% d'exportation. Enfin, l'activité agricole contribue très faiblement à la production intérieure (4,9% du PIB de 1999).

On notera qu'après une période de croissance soutenue (1980-1985), favorisée par l'augmentation du prix du baril de pétrole, l'économie gabonaise est rentrée dans une période de récession au cours des années 1986-1989 avec l'effondrement du marché pétrolier, qui a été suivie de la dévaluation du Franc CFA de 1994. Une certaine restauration de l'économie s'est établie grâce aux mesures d'assainissement des dépenses de l'Etat et par la privatisation des entreprises publiques.

Malgré tout ce potentiel économique, les résultats d'une étude de la Banque Mondiale montrent que l'incidence de la pauvreté au Gabon était de 60% en 1994 essentiellement en milieu urbain.

En outre, une autre étude émanant de l'Enquête Gabonaise pour l'Evaluation et le suivi de la Pauvreté (EGEP, 2005) confirme le caractère urbain de la pauvreté gabonaise. En effet, avec une incidence de la pauvreté d'environ 30%, le milieu urbain avec 80% de la population compte près de 75% des pauvres tandis que le milieu rural avec 20% de la population et une incidence de la pauvreté d'environ 45% compte un peu plus de 25% des pauvres (PNUD-GABON, 2005).

Depuis l'effondrement des cours du pétrole et du dollar à la fin de l'année 1985, le Gabon connaît une crise économique structurelle, aggravée par la dévaluation du franc CFA en 1994, puis par la mise en place en 1995 de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) (18 %), qui a provoqué une flambée des prix et une dégradation du pouvoir d'achat. Sous l'effet de la crise, le nombre d'emplois a été réduit dans tous les secteurs (moins 25 % dans le secteur public et parapublic entre 1985 et 1992 et moins 50 % dans le secteur privé). Le Gabon a dû se résoudre à mettre en place un programme d'ajustement structurel en 1986 (MOUVAGHA-SOW).

Toutes ces mesures ont un impact significatif au niveau micro de la société. C'est ainsi que dans la majorité des ménages, le chef de ménage est le principal générateur de revenus et l'on compte un grand nombre de jeunes adultes hébergés, à cause de la poursuite de la scolarisation à des âges élevés et surtout du fort taux de chômage des jeunes (Banque Mondiale, 1996).

II-1-4 : Contexte socioculturel

Du point de vue de la composition ethnique, la population gabonaise présente une grande diversité ethnique. La confusion courante entre langue et ethnie introduit une certaine imprécision dans leur dénombrement. Cependant, la plupart des ethnologues s'accordent à dénombrer 40 ethnies regroupées en 9 groupes ethnolinguistiques, dont les plus importants sont les *Fang* (32%), qui occupent toute la région Nord (Woleu-Ntem et Ogooué-Ivindo), une partie de l'Estuaire et du Moyen-Ogooué ; les *Myéné* (15%) qu'on retrouve en majorité dans l'Ogooué-Maritime, dans l'Estuaire et le Moyen Ogooué ; les *Mbedé* (14%), les *Punu* (12%) et les *Eshira* qui vivent dans le centre (Moyen-Ogooué, Ngounié), le sud (Nyanga) et à l'Est ; les *Adouma* (Moyen-Ogooué), les *Batéké* et *Ombamba* (Haut-Ogooué), les *Kota* qu'on retrouve beaucoup plus dans l'Ogooué Ivindo et bien d'autres encore⁴.

Au delà de leur diversité, les populations du Gabon présentent une même forme d'organisation sociale. Ce sont des sociétés segmentaires basées, d'une part, sur les notions de clans, de tribus, de lignages et, d'autre part, sur celles des confréries religieuses et du village. Du Nord au Sud et d'Ouest en Est, on retrouve des modes de productions identiques et une représentation du monde similaire. Cela n'empêche pas chaque ethnie d'avoir ses coutumes propres, ses croyances, ses rites, ses traditions, sa littérature orale, etc. L'urbanisation, porteuse d'une occidentalisation des modes de vie, des pratiques sociales et des valeurs, est responsable de la disparition progressive des autres caractéristiques propres aux cultures ethniques.

En matière de croyances, les populations gabonaises se répartissent entre trois grands groupes religieux dont le groupe majoritaire est constitué par le christianisme, avec 65% de catholiques, 19% de protestants, 12% d'églises indépendantes diverses puis viennent l'islam et l'animisme. Contrairement à ce que d'aucuns pourraient penser, ces chiffres, qui ne sont que des ordres de grandeur, ne reflètent pas toute la réalité des pratiques religieuses.

II-1-5 : le contexte sanitaire du Gabon

Depuis son indépendance le Gabon s'est doté de nombreuses infrastructures réparties en 10 régions sanitaires et 52 départements pour assurer la santé de sa population. Des efforts sont de plus en plus entrepris pour l'amélioration du système national de santé en dépit des faiblesses des résultats sanitaires obtenus.

⁴ Gabon Wikipédia.

⁸ Tableau de bord général de Santé (TBGS)

II- 1-5-1 le système sanitaire et la couverture sanitaire

A) le système sanitaire

Il repose sur trois secteurs : public (civil, militaire), parapublic (Caisse Nationale de Sécurité Sociale) et privé (lucratif, non lucratif et traditionnel).

Le Secteur public civil comprend trois niveaux dont le primaire avec quatre types de structure, le secondaire avec 9 hôpitaux répartis dans les 9 capitales provinciales et le tertiaire avec 3 hôpitaux nationaux.

Le Secteur militaire avec un hôpital militaire et des infirmeries dans les garnisons. Le secteur parapublic avec deux hôpitaux à Libreville et Port gentil et neufs centres médicaux fonctionnels.

Enfin, le secteur privé avec des centres de santé non lucratifs et lucratifs.

B) la couverture sanitaire

a- Les infrastructures sanitaires

Le ratio population / formation sanitaire varie d'une province à une autre comme présenté dans le tableau ci après.

Tableau 2-1 : Ratio population/formation sanitaire

Province	Ratio population/formation sanitaire
Estuaire	2150
Haut ogooué	1332
Moyen-ogooué	997
Ngounié	664
Nyanga	633
Ogooué- Ivindo	890
Ogooué-Lolo	636
Ogooué- Maritime	2594
Woleu-Ntem	1164

Source : TBGS, 2003

L'analyse de ce tableau montre une insuffisance d'infrastructures sanitaires en moyenne dans les provinces de l'Estuaire, de l'Ogooué-Maritime, du Haut-Ogooué et du Woleu-Ntem par rapport à celles de la Nyanga, du Moyen-ogooué et de l'Ogooué-Lolo. La dispersion des villages et la faible densité de population expliqueraient en partie les ratios élevés dans certaines provinces. Cette répartition inéquitable des formations sanitaires serait également exacerbée par l'absence d'un plan national de développement sanitaire.

En outre, le niveau d'utilisation des dispensaires et les centres médicaux est relativement faible, de 0,22 consultation par habitant et par an à 0,48 consultation par habitant/an, respectivement.

b-les établissements pharmaceutiques

Sur les 167 officines pharmaceutiques que le pays compte, 44 officines (25%) sont implantées dans la province de l'Estuaire et 4 régions sanitaires en sont dépourvues (Moyen Ogooué, Ngounié, Ogooué Ivindo et Ogooué lolo). Toutefois, il existe des dépôts pharmaceutiques dans l'ensemble du pays.⁸

Le traitement pharmaceutique administré en prévention comme en curation du paludisme au Gabon est composé soit de la chloroquinine, soit des arsiquiniformes, du quinimax et autres antipaludéens (EDSG, 2000).

c- Les ressources humaines pour la santé

Les effectifs en personnel médical tout secteur confondu, sont loin de satisfaire les besoins nationaux. Ils sont essentiellement concentrés à Libreville.

Tableau 2-2 : Personnel de santé (données de 1997)

Qualification	effectifs
Médecins	368
Pharmaciens	41
Chirurgiens dentistes	8
Sages femmes	385
Adjointes techniques de santé	316
Infirmières	1554

Sources : Atlas de l'Afrique, 2004

Il ressort de ce tableau que l'effectif en personnel de santé est très déficitaire pour une meilleure prise en charge de la population gabonaise estimée à 10 149 76 habitants. En effet, le tableau suivant confirme ce déficit et la surcharge de travail du personnel médical et paramédical.

Tableau 2-3 : nombre et catégorie d'agents par habitant

Qualification	effectifs
Médecin	1/3400
Pharmacien	1/32137
Chirurgien dentiste	1/107123
Sages femme	1/2586
Paramédical	1/410

Source : TBGS, 2003

Avec de tels ratios, nous constatons que la surcharge de travail du personnel médical se confirme car l'OMS (2006) recommande une densité de ressources humaines pour la santé

(médecins, infirmières et sages-femmes) entre 20 à 25 pour 10000 personnes afin de vérifier la couverture souhaitée en intervention essentielle de santé publique.

Il faut souligner que Libreville et la région de l'Estuaire concentrent plus de la moitié des effectifs du personnel soignant. Une grande partie des personnels affectés ne rejoignent pas leur poste à cause de mauvaises conditions de travail (logement, véhicule, équipement ...), préférant la capitale ou ses environs (TBGS, 2003).

II-1-5-2 : la politique de santé et le financement de santé

A) la politique de santé

L'Etat gabonais a promulgué l'ordonnance 001/95/PR du 17 janvier 1995 fixant les orientations de la politique de santé. Un certain nombre de dispositions générales et de priorités y sont précisées :

- La garantie de la santé pour tous
- Le renforcement du système de prévention : santé maternelle et infantile, l'hygiène publique et l'assainissement, l'information, l'éducation et la communication en matière de santé
- La protection des groupes de population vulnérable : malades mentaux

Le recadrage de la politique nationale de santé est basé sur la correction des nombreux dysfonctionnements identifiés dans les programmes nationaux de santé actuels, appuyés par les approches OMS (stratégie de santé pour 2010) et NEPAD (stratégie unitaire ; programme initial). Ce recadrage devrait permettre l'amélioration des performances sanitaires au Gabon, avec la mise en application de la décision d'Abuja de consacrer au moins 15% des revenus nationaux à la santé et la mise en œuvre d'un programme national de réduction de la pauvreté.

B) le financement du secteur de la santé

Dans le domaine sanitaire, des progrès ont été réalisés, bien que des efforts énormes restent à faire. On observe, depuis 1960, un recul du taux de mortalité infantile grâce à l'apport de moyens préventifs et curatifs. Depuis 1990, le pays a bénéficié de l'appui de l'OMS et du FNUAP pour réaliser des petites enquêtes de santé dans le cadre de la « Maternité sans risque » (Projet Gab/90) : enquête sur le personnel de santé, enquête sur les accoucheuses traditionnelles et enquête sur la mortalité infantile. Ces enquêtes ont permis de mettre à jour certaines insuffisances au niveau des formations sanitaires, du personnel médical formé et de l'inégale répartition des structures sanitaires et du personnel, même si des améliorations ont été constatées au niveau de la couverture sanitaire.

En générale, le financement du secteur public est assuré par l'Etat à travers les ministères de la santé publique, de la défense nationale, des affaires sociales et de l'enseignement supérieur. Les

collectivités locales, les tiers pays (publics et privés), le ticket modérateur des usagers et les particuliers non assurés contribuent également au financement du secteur public.

Cependant ce budget réservé à la santé de 4% en moyenne reste insuffisante et en déca des recommandation de l’OMS (au moins 10% du budget général). A titre d’exemple, en 2000 sur un budget d’investissement de 120 milliards de FCFA, seulement 6,9 milliards ont été prévu par la loi de finance pour le Ministère de la Santé, 5,3 milliards ont été engagés, 0, 54milliards ont été payés et il y a eu seulement 10,1% (Stratégie de coopération OMS-GABON, 2004). De plus, selon le PNUD (2002) les dépenses de santé publique sont restées stables par exemple 2% en 1990 et 2,1% en 1998.

C) Bilan du paludisme au Gabon

Le paludisme au Gabon est holo endémique c'est-à-dire que la transmission est stable toute l’année. Les efforts de lutte thérapeutique enregistrent d’innombrables échecs du à la pharmacologie résistance.

a- L’ampleur du paludisme au Gabon

Au Gabon, les espèces plasmodiales rencontrées sont : le plasmodium ovale, le plasmodium malariae et le plasmodium falciparum qui est l’espèce la plus fréquente retrouvée seule ou associée à d’autres espèces dans 94,6% des frottis positifs. La transmission de la maladie ou l’infection palustre est assurée par Anophèle gambiae, An.funestus et an .Moucheti (ANTIMI, 2006).

Depuis plus d’une décennie le paludisme est enregistré comme étant la première cause de morbidité et la deuxième cause de mortalité infantile au Gabon. Le nombre de cas déclaré par le service des statistiques du Ministère de la Santé Publique est significatif en la matière ainsi qu’il se dégage du tableau suivant.

Tableau 2-4 : nombre de cas déclarés et taux de mortalité infantile dus au paludisme

Année	Nombre de cas déclarés	Taux de mortalité infantile (‰)
1994	81312	60
1995	138745	57
1996	79401	30
1997	90548	34
1998	54016	0,6

Source : Direction du PNLP-Gabon.

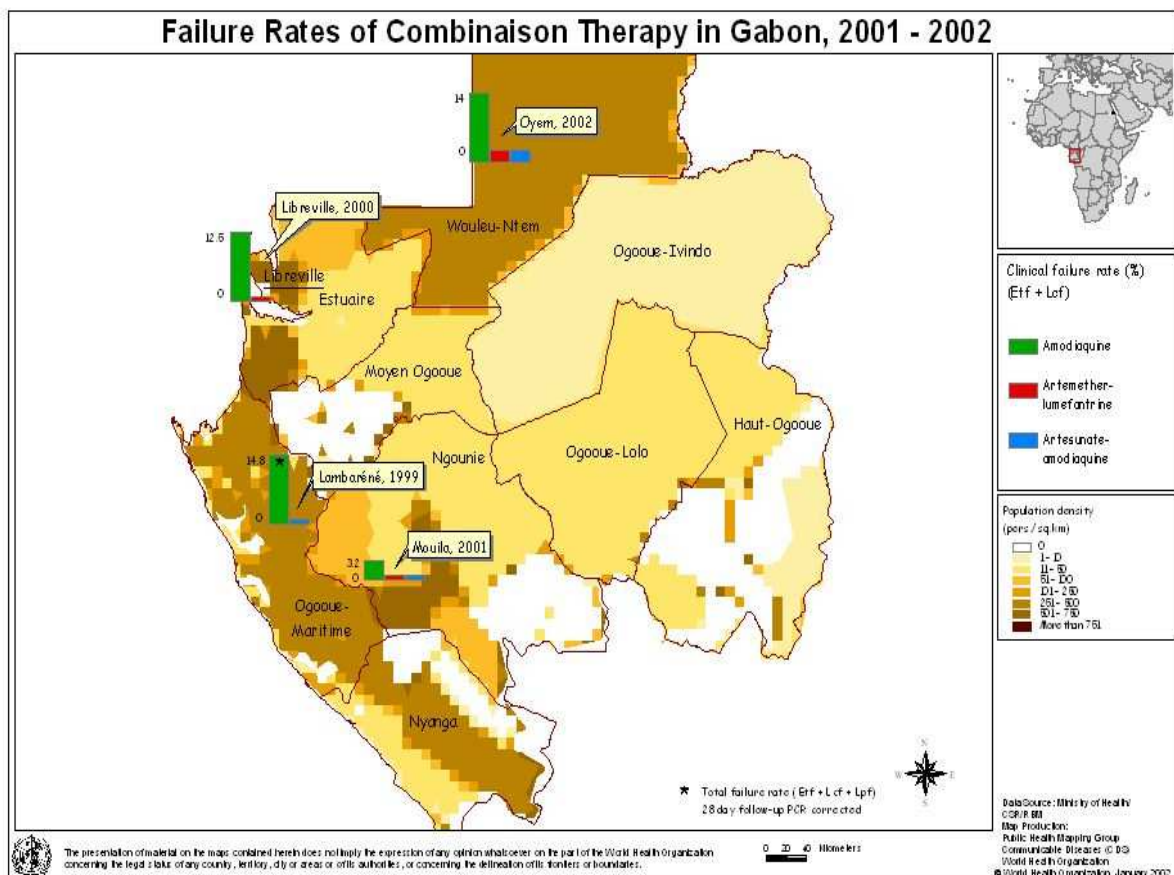
Ces chiffres ne représentent que la partie visible de l’iceberg car les décès survenus à domicile ne sont pas notifiés. En outre, les données disponibles provenant des deux hôpitaux de référence

(hôpital pédiatrique d’Owendo (HPO) et le centre hospitalier de Libreville (CHL)) montrent que le paludisme est la première cause d’hospitalisation en milieu pédiatrique. Un enfant sur cinq est admis pour le paludisme. Exemple à l’HPO sur 1592 hospitalisations, 18,53% de cas de paludisme, et au CHL sur les 1401 hospitalisations, 23% de cas de paludisme sont relevés (ANTIMI, 2006).

b- La situation du traitement antipaludique au Gabon

Pendant longtemps, la chloroquine a été le traitement de première ligne contre le paludisme simple au Gabon. Mais les premières résistances à cet antipaludique ont été relevées à la suite d’une étude menée en 1983 à Lambaréné au centre du Gabon ; ceci avait montré une résistance in vitro de 19%. Suite à ce constat, les évaluations in vivo menées, quelque temps plus tard par le laboratoire de recherche de l’hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné et le service de parasitologie de la faculté de médecine du Gabon, ont montré des taux de résistances RI/RII/RIII allant de 17 à 47% (ANTIMI, 2006). L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a établi la carte ci-dessous pour montrer l’ampleur de la faible pratique de la combinaison thérapeutique appropriée pour le traitement efficace du paludisme au Gabon.

Carte 2-1 : le taux d’échec de combinaison thérapeutique au Gabon, 2001-2002



Source: O.M.S., 2002

La carte ci-dessus montre l'ampleur de l'échec du traitement antipaludique au Gabon dans la période 1999-2001 au niveau de quelques grands centres urbains du Gabon. Dans la plupart des régions la combinaison des nouvelles molécules antipaludiques appropriée par les malades est très faible dans le traitement du paludisme.

Face à un tel constat et sous l'impulsion des nouvelles découvertes thérapeutiques, le Gabon a procédé en juillet 2003 à la révision de sa politique des médicaments antipaludiques pour y introduire des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine et du TPI pour les femmes enceintes (ANTIMI, 2006).

Tableau 2-5 : récapitulatif du taux d'échec de combinaison thérapeutique antipaludique au Gabon

Ville	Niveau de combinaison thérapeutique		
	Amodiaquinine	Artemether lumefrantine	Artesunate amodiaquinine
Oyem (2002)	14%	Moins de 5%	Moins de 5%
Libreville (2000)	12,6%	Moins 1%	ND
Lambaréné (1999)	14,8%	ND	Moins 2%
Mouila (2001)	3,2%	Moins 1%	Moins 1%

Source : OMS, 2002.

ND : non déclaré

Ce tableau 2-5 confirme ce qui ressort de la carte 2-1 à propos du faible niveau d'administration des antipaludiques combinés au sein des populations gabonaises. Cela pourrait être jugulé si les stratégies suivantes envisagées par le PNLP sont respectées par toutes les parties prenantes.

c) Stratégies de lutte contre le Paludisme

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) du Gabon soutenu par l'OMS, le RACTAP (le Réseau d'Afrique Centrale pour le Traitement Antipaludique), l'OCEAC (Organisation de Coordination pour la lutte Contre les Endémies en Afrique Centrale) a choisi entre autres :

- La moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action chez la femme enceinte et l'enfant de moins de cinq ans avec 125 150 moustiquaires distribuées et la formation de 438 relais communautaires aux techniques d'imprégnation.
- Le TPI (SP) chez la femme enceinte à partir du deuxième trimestre de la grossesse avec 48 750 doses de Sulfadoxine pyriméthamine qui ont été disponibilisées dans les 10 régions sanitaires du pays.

- la prise en charge des cas avec de l'ACT (paludisme simple) et Quinine (paludisme grave) notamment 23 040 B6, 34 560 B12, 11 520 B24 d'Artemether –Luméfantine et 54 000 B6, 83 898 B24 d'Artésunate-Amodiaquine qui ont été disponibles dans les structures sanitaires du pays.
- la formation de 704 relais communautaires à la mobilisation sociale en partenariat avec le Ministère des Affaires Sociales de la Solidarité National et du Bien-être Familial.

II-2 : Cadre méthodologique de la recherche

Cette section a pour objet de présenter les données et méthodes d'analyse utilisées pour vérifier nos hypothèses de travail présentées au chapitre précédent. Ainsi, il examine tour à tour les sources de données, leur qualité et les méthodes d'analyses statistiques utilisées dans cette étude.

II-2-1 : Source des données

L'enquête Démographique et de Santé du Gabon en 2000 (EDSGI, 2000) est le fruit de la coopération pour les années 1997 à 2000 entre le Gabon et le FNUAP. Elle est instituée par décret n° 000053/PR/MPET du 12 janvier 1999, a été organisée par la Direction Générale de la Statistique et des Etudes Economiques (DGSEE), du Ministère de la Planification de la Programmation du Développement et de l'Aménagement du Territoire va servir de source de données à notre travail. Cette sous-section présente brièvement quelques objectifs de l'enquête en rapport avec notre sujet d'étude, les outils de collecte utilisés, les méthodes d'échantillonnage ainsi que le degré de couverture atteint au cours de cette opération.

II-2-1-1 objectifs

Outre les objectifs traditionnels que vise ce programme international des EDS conduit par Macro international, l'EDSGI tient entre autres à :

- déterminer les facteurs directs et indirects de la mortalité maternelle,
- identifier les différentes composantes de la santé de la reproduction et la santé des enfants : visites prénatales et postnatales, condition d'accouchement, allaitement, maternel, vaccination, prévalence et traitement des maladies infectieuses notamment le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.

II-2-1-2 questionnaire

Quatre types de questionnaire ont été utilisés afin d'atteindre les objectifs de l'EDSGI. Il s'agit du questionnaire ménage, questionnaire femme et du questionnaire homme. Il convient de souligner que ces instruments ont été développés à partir des questionnaires de base du programme DHS+ et adaptés au contexte du pays selon les objectifs de l'enquête.

Le questionnaire ménage permet d'enregistrer certaines caractéristiques de tous les membres (age, sexe, niveau d'instruction...). Il permet également de recueillir des informations sur les

caractéristiques du logement afin d'apprécier les conditions environnementales et socio économiques dans lesquelles vivent les personnes enquêtées. L'éligibilité des personnes à interviewer individuellement est également établie à partir de ce questionnaire.

Le questionnaire femme est l'élément central de l'enquête, il a été administré à toutes les femmes éligibles dans les ménages sélectionnés. Il s'agit de toutes celles âgées de 15 à 49 ans. Le questionnaire comprend 11 sections traitant des sujets suivants : caractéristiques socio démographiques des enquêtées, vaccination et santé, reproduction, contraception, soins postnatals et allaitement, mariage et activité sexuelle, préférence en matière de fécondité, SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles, mortalité, caractéristiques du conjoint et travail de la femme. Notons que ce questionnaire nous intéresse particulièrement dans cette étude. Voici quelques questions posées dans l' EDSGI, en rapport avec l'étude.

463- est ce que (Nom) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?

463B-avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre ?

463C-où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ?

463D-Est-ce que quelque chose a été à donner(Nom) pour traiter la fièvre ?

463 E- qu'a-t-on donné pou traiter la fièvre ? Quelque chose d'autre ?

- chloroquine/nivaquine

- arquisiniforme

- quinimax

-,autres antipaludéens

463 F- est ce (NOM) dort d' habitude sous une moustiquaire ?

Le questionnaire homme a été administré aux hommes âgés de 15 à 59ans. Il comprend six sections : caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, reproduction, contraception, mariage et activité sexuelle, préférence en matière de fécondité, VIH/sida et autres IST.

Enfin le questionnaire communautaire qui porte sur la disponibilité des services, c'est-à-dire sur les infrastructures socio économiques et sanitaire du pays et qui est utilisé au niveau des grappes de l'échantillon. Dont voici quelques questions :

203- A combien de kilomètre se trouve (Nom du service) le plus proche ?

206- le service le plus proche assure t-il ?

208- quels sont, par ordre d'importance, les principaux problèmes des habitants.

Il faut aussi préciser qu'au niveau de chaque grappe de l'échantillon, les données sont analysées du point de vue de la population des femmes enquêtées dans chaque grappe de l'échantillon.

II-2-3 Echantillonnage

L'échantillon de L'EDSGI est un échantillon représentatif du découpage administratif⁹ en régions, basé sur un sondage en grappes et pour répondre aux besoins de l'enquête, l'échantillon a été conçu de façon à être représentatifs au niveau de l'ensemble des villes de Libreville et de Port Gentil, des autres villes et du milieu rural. Chacune des régions du pays a été séparée en partie urbaine et rurale pour former les strates.

Au premier degré, 249 grappes ont été tirées à partir de la liste des secteurs de dénombrement du RGPH de 1993, de façon indépendante à l'intérieur de chaque strate et proportionnelle à leur taille en terme de ménage.

Au second degré, les ménages ont été tirés dans la même liste et à l'intérieur des 249 grappes. Ces ménages varient de 10 à 40 selon la taille des grappes.

Tableau 2-6 : Taille et couverture de l'échantillon

Effectifs des ménages, des femmes sélectionnées, identifiées et enquêtées et taux de couverture selon le milieu de résidence, EDSGI Gabon 2000			
enquête	Milieu de résidence		
	Ensemble urbain	rural	ensemble
Enquêtes ménages			
Ménages identifiés	3747	2606	6353
Ménages enquêtés	3626	2577	6203
Taux de couverture ménages (%)	96,8	98,9	97,6
Ménages sélectionnés	3982	2779	6761
Enquête individuelle femme			
Effectif de femmes éligibles	4503	2101	6604
Effectif de femmes enquêtées	4168	2015	6183
Enfants enquêtés de moins de cinq ans	2466	1622	4088
Enfants ayant eu de la fièvre dans les deux semaines précédant l'enquête	736	427	1163

SOURCE : EDSGI, 2000

⁹ Le Gabon a été subdivisé en circonscriptions administratives. Il compte 5 régions, 9 provinces, 47 départements, 152 cantons, 50 communes, 26 arrondissements, 26 districts (sous préfectorales) et 3304 villages (EDSGI, 2000).

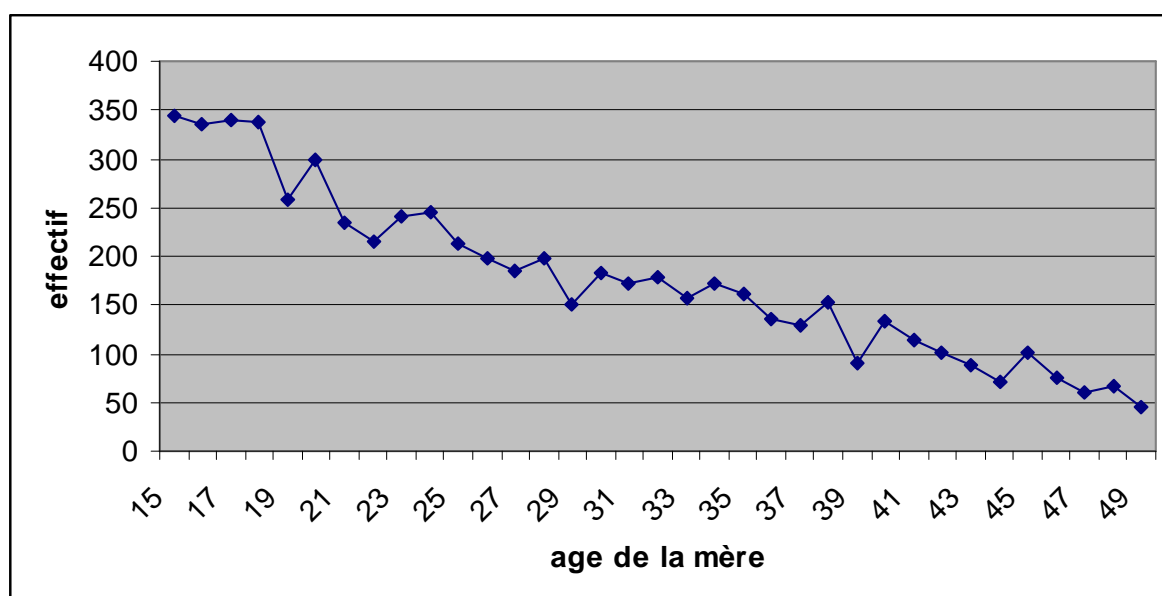
II-2-2 : Evaluation des données

La première étape dans l'analyse des données d'une enquête consiste à en évaluer la qualité. La détermination de la prise en charge en cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les conclusions qui en découlent dépendent de la qualité de ces données. Cette évaluation suggère aussi les limites de l'étude.

II-2-2-1 : évaluation de la qualité des données sur l'âge de l'enquêtée

Quelles que soient les précautions prises lors de l'observation, les données sont en général entachées d'erreurs en Afrique subsaharienne. Ainsi, il est nécessaire de procéder à une analyse permettant d'évaluer la qualité de ces résultats, afin que les utilisateurs disposent d'éléments leur permettant d'en apprécier les biais éventuels, la précision et donc les limites de l'utilisation.

Graphique 2-1 : l'évolution des effectifs des mères des enfants de moins de cinq selon l'âge



En ce qui concerne l'évaluation de l'âge de la mère, le graphique 2-1 laisse apparaître beaucoup d'irrégularité. On observe des pics aux âges ronds (se terminant par 0) et semi ronds (se terminant par 5). L'indice de Whipple permet d'apprécier l'importance des mauvaises déclarations d'âge et vise à mesurer le degré de préférence pour les âges se terminant par 0 ou 5. Le calcul de cet indice consiste à prendre l'effectif total des femmes âgées de 23 à 62 ans, et à calculer la somme des effectifs des femmes de cet intervalle dont les âges se terminent par les chiffres 0 ou 5 ; puis on fait le rapport de cette dernière somme au 1/5 de l'effectif total (cf. annexe 2). L'indice ainsi obtenu varie entre 0 et 5. Lorsque sa valeur est égale à 1, il n'y a pas de préférence pour les âges se terminant par 0 ou 5. Par contre, pour une valeur inférieure à 1, il y a répulsion tandis que pour une

valeur comprise entre 1 et 5, il y a attraction. Ainsi avec une valeur de 1,07¹⁰, l'indice de Whipple dénote que les données sont exactes d'une part et que d'autre part l'indice dénote d'une préférence pour les chiffres 0 et 5. Une analyse en profondeur de ces chiffres donne $I_w(0)=1,47$ et $I_w(5)=2,11$. Il en résulte une plus forte préférence pour les chiffres se terminant par 5 que ceux qui se terminent par 0.

Tableau 2-7 : Répartition des effectifs des femmes enquêtées par groupes d'âges

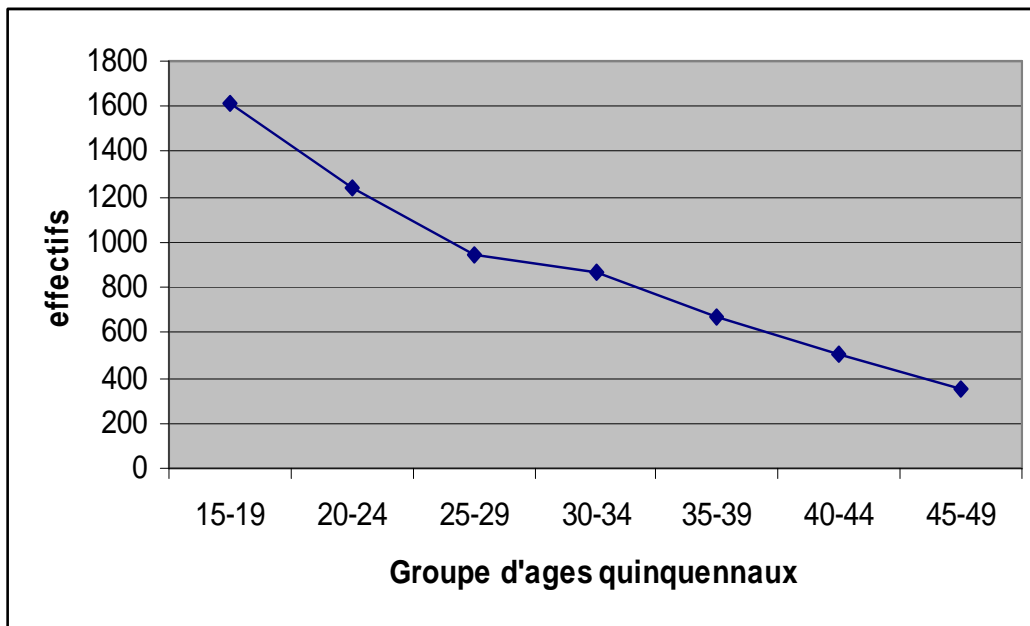
Groupes d'âges	effectifs	Pourcentage (%)
15-19	1613	26,1
20-24	1236	20,0
25-29	940	15,2
30-34	863	14,0
35-39	670	10,8
40-44	510	8,2
45-49	351	5,2
Total	6183	100

Source : EDSGI, 2000

Toutefois, la correction de ces biais peut se faire à travers le regroupement des effectifs en classe d'âges quinquennaux ; ceci se traduit par un lissage de la structure initiale. La courbe ainsi obtenue indique une décroissance régulière de la proportion des femmes avec l'âge (graphique 2-2).

¹⁰ Les valeurs proposées par les Nations Unies pour apprécier les qualités des données à partir de cet indice sont :
 Si $I_w < 1,05$, les données sont très exactes.
 Si $1,05 < I_w < 1,099$, les données sont relativement exactes.
 Si $1,10 < I_w < 1,249$, les données approximatives.
 Si $1,25 < I_w < 1,749$, les données sont grossières.
 Si $1,75 < I_w$, les données sont très grossières.

Graphique 2-2 : Répartition des effectifs des femmes enquêtées par groupe d'âges quinquennaux



II-2-2-2 taux de non réponse relative à la présence de fièvre chez les enfants de moins de cinq ans selon les caractéristiques de la mère

Le tableau 2-8 montre que toutes les questions relatives à la présence du paludisme par rapport à quelques caractéristiques de la mère ont reçu un taux élevé de réponse. En effet, le taux de non réponses à cette question oscille entre 0,0009 % et 0,0045%.

Tableau 2-8 : Taux de non réponses selon quelques caractéristiques maternelles

variable	effectif	Nombre de non réponse	Taux de non réponse (%)
Niveau d'instruction	1090	0	0
Religion	1090	4	0,0037
Milieu de socialisation	1090	5	0,0045
Milieu de résidence	1090	1	0,0009
Occupation de la mère	1090	0	0
Ethnie de la mère	1090	0	0
Age de la mère	1090	0	0

II-2-3 : quelques limites de la base de données utilisées

- **Effets de sélection**

De façon générale, les études ciblant un groupe d'individus donnés par rapport à un phénomène quelconque, posent un problème d'effet de sélection. Pour la présente étude, nous posons l'hypothèse d'indépendance selon laquelle les décédés de moins de cinq ans auraient bénéficié de la même prise en charge médicale que ceux en vie en cas de paludisme. Ainsi, les enfants de moins de cinq ans étudiés dans ce cas ne constituent pas un groupe sélectionné. En effet, dans la réalité, cette hypothèse est confirmée, car dans la littérature, les causes de décès par paludisme chez les enfants de moins de cinq ans sont dues entre autres au manque de traitement efficace et/ou à l'accès tardif aux soins.

- **L'accès fébrile en tant qu'indicateur d'un accès palustre**

L'inconvénient majeur des données utilisées dans cette étude réside dans l'appréhension du paludisme à travers la présence de fièvre et l'utilisation des antipaludiques (plus de 70% en cas de fièvre) dans les deux semaines ayant précédé l'enquête.

En outre, en Afrique sub saharienne l'OMS conseille devant tout syndrome fébrile de prescrire un traitement présomptif avec un antipaludique usuel dans les zones où le paludisme est endémique (Santé Publique, 2003).

Compte tenu de ce qui précède, nous allons, malgré cette limite, appréhender l'accès palustre à travers la présence de fièvre. En faisant cela, nous estimons que cela n'aura aucun impact sur les résultats, parce que les questions relatives à la prise en charge médicale ont concerné le cas de fièvre et les types de traitements administrés. Or l'administration des antipaludéens est un indicateur d'une présomption d'accès palustre.

II-2-4 Méthode d'analyse

Nous distinguerons deux niveaux d'analyse : l'analyse bi variée et l'analyse multi variée

II-2-4-1. Analyse bi variée

Ce premier niveau concerne l'examen des associations entre chaque variable indépendante et le type de prise en charge.. Cela permet de voir les relations éventuelles entre ces variables. La mesure du degré d'association entre ces variables se fait à l'aide du test de Khi deux. Cette statistique permet de rejeter ou non l'hypothèse selon laquelle les deux variables sont indépendantes. Cependant, les relations éventuelles observées peuvent être fallacieuses car elles ne prennent pas en compte les effets des autres facteurs pouvant perturber ces relations. C'est ainsi qu'il s'avère nécessaire de procéder en second lieu à une analyse multivariée.

II-2-4-2 analyse explicative multivariée

Il s'agit de la régression logistique. Celle-ci permettra d'identifier les caractéristiques de la mère les plus déterminantes et de mettre en exergue leurs mécanismes d'action sur la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant. En effet, la régression logistique est une méthode multivariée fréquemment utilisée dans les analyses de type explicatif consistant à régresser la variable dépendante (dichotomique) sur une série de variables indépendantes dichotomiques ou polychotomiques.

Ainsi, si P est la probabilité que l'événement étudié (prise en charge médicale appropriée) se réalise, 1-p est la probabilité que cet événement ne se réalise pas (prise en charge inappropriée) et le modèle de régression logistique se présente comme suit :

$L = \log(p/(1-p)) = \text{logit}(p)$ où L est la variable à expliquer ou la variable dépendante.

La forme linéaire de L se présente aussi sous la forme :

$L = b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots + b_p X_p$ où X_1, X_2, \dots, X_p sont les variables indépendantes (ou variables explicatives) et $b_0, b_1, b_2, \dots, b_p$ les coefficients de régression du modèle.

Quant à la forme multiplicative, elle est donnée par l'expression $e^L = p/(1-p) = \text{odds ratio} = \text{rapport de chance}$ dont l'équation est : $p = e^L / (1 + e^L)$.

-Si la variable indépendante est qualitative, on choisit une modalité de référence par rapport à laquelle le risque couru par les personnes présentant la modalité considérée sera interprété. Les risques se calculent à l'aide de l'exponentiel des coefficients b. Ainsi, pour une variable indépendante donnée, si b est positif, on dit que les individus de la modalité considérée ont (e -1) plus de chance que leurs homologues de la modalité de référence de présenter le caractère de la modalité considérée de la variable dépendante.

En revanche si b est négatif, on dit que les premiers ont (1-e) moins de chance que les derniers de présenter le caractère de la modalité de référence de la variable dépendante.

-par contre, si la variable indépendante est continue, il n'y a pas de modalité de référence. Seule la probabilité rattachée au coefficient b permet de savoir si la variable indépendante discrimine les individus présentant le caractère de la modalité considérée de la variable dépendante et ceux présentant le caractère de la modalité de référence.

Une hiérarchisation des déterminants de la prise en charge médicale pourra terminer cette activité en recourant au khi-deux..

II-2-4-3 construction des variables

A) construction de la variable dépendante « prise en charge médicale »

La variable dépendante « Prise en charge médicale (PCM) » a été construite à partir de deux variables à savoir : le fait d'avoir amené l'enfant de moins de cinq ans dans un centre de santé et le fait d'avoir donné un antipaludique approprié à l'enfant. Chacune de ces deux variables ayant deux modalités : «oui » si l'enfant a pris un antipaludique approprié et a été conduit à une formation sanitaire et « non » si l'enfant n'a pas reçu un antipaludique et n'a pas été conduit à un centre de santé.

Le croisement de ces deux variables a donné quatre (4) catégories de réponse. Nous avons retenu que la catégorie : l'enfant a été conduit à un centre de santé et il a reçu un antipaludique approprié, comme variable « prise en charge médicale ». celle-ci a été dichotomisée en ce sens qu'elle prend la valeur 1 si l'enfant a reçu un antipaludique approprié et a été conduit à une formation sanitaire ; et la valeur 0 sinon, conformément aux recommandations de l'OMS (1990).C'est cette variable qui est utilisée dans le modèle d'analyse dans les chapitres suivants.

B) construction des variables intermédiaires

L'ensemble des variables indépendantes ont été recodées et dichotomisées. Certaines de ces variables ont contribué à la construction des variables intermédiaires suivantes.

- « Expérience de la mère »

Elle est construite à partir de deux variables : la parité et l'âge de la mère. Nous posons comme hypothèse, en tenant compte de ces deux variables, que : l'expérience acquise par la mère en matière de prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant varie avec l'âge ; de même plus le nombre d'enfants augmente plus son expérience dans la prise en charge augmente. Ainsi les mères ont été classées en quatre groupes : celles n'ayant aucune expérience, celles avec peu d'expérience, celles ayant une expérience moyenne et celles ayant une grande expérience.

- l'« accessibilité géographique » est construite à partir des variables : distance au centre de santé et la durée pour se rendre.

- l'indicateur « pouvoir financier de la mère » est construit à partir des variables relatives à l'occupation de la mère, à son niveau d'instruction et celle concernant sa participation aux dépenses du ménage.

Conclusion partielle : Ce chapitre a permis de brosser un tableau de la situation géographique, économique, culturelle, politique mais surtout sanitaire du Gabon dans un premier temps. Et dans un

second temps, il a été procédé à une revue de la méthodologie utilisée dans ce travail pour comprendre la situation du paludisme.

Il en ressort d'une part que la situation sanitaire au Gabon est préoccupante au niveau de l'offre des services sanitaires dont l'insuffisance en matière de structures et d'infrastructures sanitaires ne suit pas l'accroissement de la population. D'autre part, cette situation qui est plus marquée dans les centres urbains peut être imputée au mode précaire d'habitation d'une importante couche de cette population dont les actions ont un impact sur leur cadre de vie : toute chose qui favorise la prolifération des parasites et vecteurs du paludisme.

Les données recueillies auprès des mères sont de bonne qualité ; ce qui a permis de construire des variables nécessaires à la compréhension du problème de paludisme grâce aux méthodes d'analyse appropriée.

C'est cette activité d'analyse qui va constituer les deux chapitres de la seconde partie de ce travail.

Chapitre III: Prévalence et prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant : niveau et différentiel

Ce chapitre traite de la prévalence de la morbidité palustre et des comportements thérapeutiques des mères face au paludisme. Il comporte quatre sections. La première renvoie à la prévalence de la maladie selon la région de résidence et le milieu de résidence. La deuxième section analyse la prévalence selon les caractéristiques socio culturelles et socio démographique et économique de la mère. Les comportements thérapeutiques font l'objet de la dernière section.

III-1 : Prévalence du paludisme

La prévalence morbide due au paludisme est évaluée à partir des enfants ayant souffert de fièvre au cours de la période de quinze jours précédant l'enquête. Ainsi, le taux de prévalence globale se calcule en rapportant l'effectif des enfants ayant souffert de la fièvre au cours de la période de référence à celui de l'ensemble des enfants. La prévalence spécifique, quant à elle, se mesure en rapportant le nombre de malades présentant une caractéristique donnée à l'effectif total des individus ayant cette caractéristique. Il convient ici de rappeler que la population concernée est celle des enfants de moins de cinq ans et toute fièvre présomptive est traitée avec un antipaludéen en première intention.

La prévalence du paludisme enregistrée chez les enfants de moins de cinq ans tourne autour de 28%. Autrement dit, sur 100 enfants de cette tranche d'âge, environ 28 à 29 d'entre eux ont souffert de paludisme durant les quinze jours qui avaient précédé l'enquête. Toutefois, ce taux masque des disparités selon les variables contextuelles (milieu et région de résidence) ainsi que selon les variables socio culturelles, socio démographiques et socio économique de la mère.

Tableau 3-1 : Répartition des enfants de moins de cinq ans selon leur état morbide au cours des 15 jours ayant précédé l'enquête en âge revolu.

AGE	FREQUENCE	POURCENTAGE
0	223	20,5
1	297	27,5
2	231	21,3
3	177	16,3
4	162	14,8
Total	1090	100

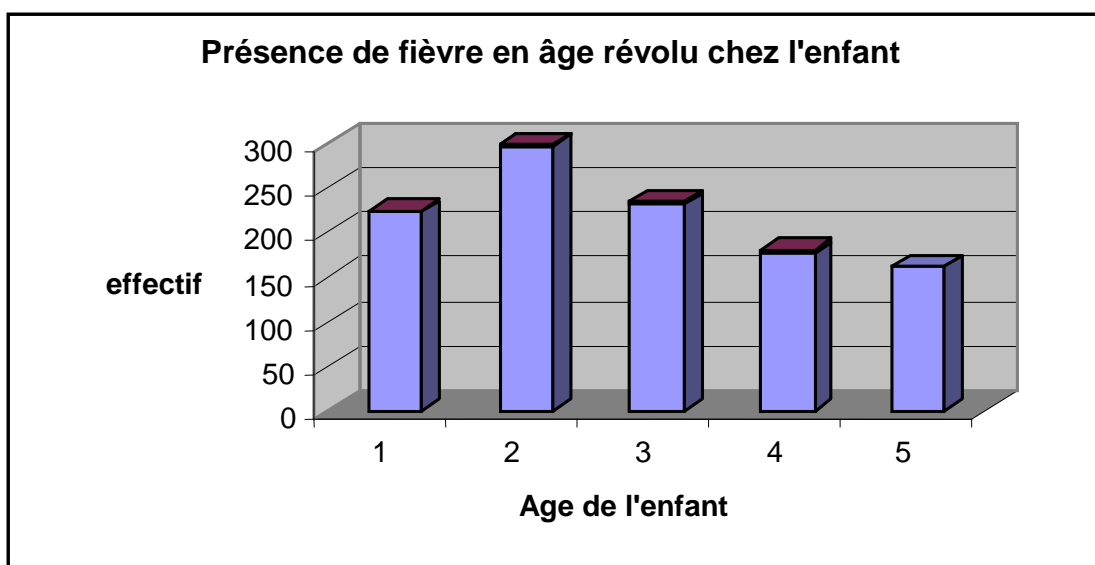
Le tableau 3-1, ci-dessus représente les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'enquête. Il en résulte que la prévalence du paludisme est plus

élevée chez les enfants dont l'âge se situe entre un (1) an et deux (2) ans soit 27,5%. Cette prévalence est aussi élevée chez les enfants dont l'âge se situe entre deux et trois ans c'est-à-dire 21,3%. Enfin, il s'en suit une baisse régulière du taux de prévalence de 16,3% à 14,8% respectivement aux âges se situant à trois ans et quatre ans révolus.

Cette forte prévalence observée au niveau d'un an et deux ans pourrait s'expliquer selon les spécialistes par le fait que l'enfant n'a pas encore acquis une immunité lui permettant de faire face au plasmodium source de paludisme. En effet, avant un an le nourrisson bénéficie toujours de l'action des antipaludiques, tels que le sulfadoxine pyriméthamine (SP), que sa mère a consommé en traitement préventif (SCHELLENBER, GD et al, 2001). De même, à l'approche de cinq ans, le jeune enfant commence à acquérir un système immunitaire lui permettant de mieux résister au plasmodium d'où le taux de prévalence de 14,8% observé à quatre ans révolus.

Le graphique 3-1 confirme les observations du tableau 3-1 : Les enfants de moins de trois ans représentent près de 70% de l'ensemble des enfants de moins de cinq ans qui ont eu une fièvre présomptive d'un accès palustre dans les deux semaines ayant précédé l'enquête.

Graphique 3.1 répartition des effectifs des enfants de moins de cinq ans ayant souffert de fièvre dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête



III-2-1 la variation du paludisme selon la résidence

III-2-1-1 le milieu de résidence

Le milieu de résidence est un facteur de différenciation de la morbidité palustre. Les autres villes et les grandes villes (Libreville et Port gentil) enregistrent respectivement 36,8% et 30,6% de taux de prévalence. Par contre, ce taux de prévalence du paludisme est de 26,3% en milieu rural.

Cette différence significative entre le milieu urbain et le milieu rural pourrait s'expliquer par l'urbanisation anarchique que l'on observe dans ces grandes villes et les petites villes. Cette occupation anarchique de l'espace urbain favorise l'insalubrité et la prolifération des nids favorables à l'éclosion des parasites et de leurs vecteurs de transmission de paludisme. On pourrait aussi supposer que dans les milieux urbains, le recours aux centres de santé permet un diagnostic rapide des cas de morbidité palustre.

Tableau 3.2 : Prévalence du paludisme selon le milieu de résidence

MILIEU DE RESIDENCE	PREVALENCE (%)	EFFECTIF
Grande ville (Libreville/Port-Gentil)	30,6	1004
Autres villes	36,8	1462
rural	36,7	1622
Ensemble	28,4	4088
Probabilité de khi deux = 0,001		

III-2-1-2 la région de résidence

Même si au seuil de 5%, les taux de prévalence du paludisme entre les grandes régions du Gabon sont significativement différents, les niveaux sont proches (écart variant de 1 à 4,1%) avec une prévalence relativement très élevée dans la région formée par les deux principales villes (Libreville et Port gentil) et moins élevée dans les régions de l'Est et de l'Ouest.

Tableau 3.3 : Prévalence du paludisme selon les régions

REGIONS DE RESIDENCE	PREVALENCE (%)	EFFECTIF
Libreville/port gentil	30,6	1004
Nord	28,2	721
Est	26,6	936
Ouest	26,5	660
Sud	29,7	767
Ensemble	28,4	4088
Probabilité de khi deux	0,035	

En effet, le Gabon est un pays de la zone équatoriale couverte à plus de 80% par une végétation dense. Il est parcouru par de nombreux cours d'eau, de fleuves, dont l'Ogooué, qui parcourent tous le territoire. La pluviométrie est abondante et arrose l'ensemble des régions durant plus de neuf mois de l'année. Toutes ces raisons pourraient expliquer que le paludisme soit holoendémique, avec des faibles variations de prévalence d'une région à une autre.

III-2-2 les différences selon quelques caractéristiques de la mère

Dans cette section, on examine la variation de la prévalence du paludisme selon certaines caractéristiques de la mère : l'ethnie, la religion, le niveau d'instruction et l'occupation professionnelle. En effet, celles-ci sont susceptibles d'influencer la prévalence du paludisme à travers les comportements préventifs et le milieu de vie où les mères résident.

III-2-2-1 la prévalence du paludisme selon la religion de la mère

Il ressort du tableau 3-4 que la prévalence du paludisme varie selon l'appartenance religieuse. Cette prévalence varie de 44% chez les enfants des mères animistes à 23,2% chez les enfants des mères musulmanes ; soit du simple au double. Cette association entre les deux variables est significative au seuil de 1%. Les enfants de mères catholiques, protestantes, musulmanes et sans religion ont une prévalence respective de 29,05%, 30,45%, 23,2% et 23,5%.

De même que cette prévalence du paludisme des enfants des mères animistes pourrait s'expliquer par le fait que ces dernières habitent essentiellement dans les zones rurales à proximité le plus souvent des gîtes larvaires du paludisme. Par contre, la forte prévalence du paludisme présomptif chez les enfants de mères catholiques et protestantes pourrait s'expliquer par leur ouverture à la modernité d'où leur capacité à diagnostiquer rapidement la maladie ; mais leur fort effectif dans l'échantillon pourrait aussi expliquer le phénomène

Tableau 3-4 : Prévalence du paludisme selon la religion de la mère

RELIGION DE LA MERE	PREVALENCE (%)	EFFECTIVE
catholiques	29,05	2072
Protestantes	30,45	1182
Musulmane	23,2	228
Animiste	44,0	25
Sans religion	23,5	573
Ensemble	28,4	4080
Probabilité de khi deux=0,00		

III-2-2-2 : la prévalence selon le niveau d'instruction de la mère

La prévalence du paludisme est étroitement associée au niveau d'instruction de la mère au seuil significatif de 1%. En effet, plus le niveau d'instruction de la mère augmente et plus la prévalence du paludisme augmente. Les enfants dont les mères sont sans niveau d'instruction ont

une prévalence de 23,75%. Cette prévalence est relativement plus élevée chez les enfants nés de mères de niveau primaire (27,9%) ou de niveau secondaire et plus (29,6%).

Cette prévalence faible chez les enfants de mères sans instruction pourrait être relativisée du fait de l'effectif de cette dernière qui est près de dix fois inférieur à celui des mères de niveau primaire et secondaire.

En outre, la prévalence élevée du paludisme chez les mères d'instruction primaire et secondaire peut s'expliquer par le fait que plus la mère est instruite plus elle a accès aux informations appropriées quant à un meilleur diagnostic précoce du paludisme.

Tableau 3-5: Prévalence du paludisme selon le niveau d'éducation de la mère

NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA MERE	PREVALENCE (%)	EFFECTIF
Aucun	23,8	240
primaire	27,9	2010
Secondaire et plus	29,9	1838
Ensemble	28,4	4088
Probabilité de khi deux = 0,003		

III-2-2-3 la prévalence du paludisme selon l'appartenance ethnique de la mère

Le tableau 3-5 montre que l'association entre l'appartenance ethnique de la mère et la prévalence du paludisme est très significative au seuil de 1%. Ce tableau indique que le paludisme a sévi avec beaucoup d'ampleur chez les enfants de moins de cinq ans nés de mères fang (32,1%) et Shira/punu (29,8%). A l'opposé, cette prévalence est relativement faible chez les pygmés(18,2%) et chez les myéné (18,6%) et dans une moindre mesure chez les femmes appartenant aux ethnies classées dans la catégorie »autres » (20,5%). La prévalence des enfants nés de mères okandé est médiane. La forte prévalence du paludisme chez les enfants fangs et punu/shira pourrait s'expliquer d'abord par leur effectif élevé respectivement de 20% et de 23% par rapport aux autres ethnies de l'échantillon. Cette prévalence pourrait s'expliquer aussi par l'environnement de promiscuité dans lequel les membres de ces grands groupes ethniques vivent essentiellement dans les grandes villes du Gabon notamment à Libreville.

Tableau 3-6 : Prévalence du paludisme selon l'ethnie de la mère

L'APPARTENANCE ETHNIQUE DE LA MERE	PREVALENCE (%)	EFFECTIF
Fang	32,1	797
Kota-kele	27,6	426
Pygmée	18,2	11
Mbede	28,4	462
Myene	18,6	86
Nzabi	28,4	500
Shira/punu	29,8	955
Okande	25	200
Autres	20,5	73
Ensemble	25,8	3510
Probabilité de khi deux= 0,005		

III-2-2-4 la prévalence du paludisme selon l'occupation de la mère

Dans le tableau 3-6, la prévalence du paludisme chez l'enfant est associée à l'occupation de la mère au seuil de significativité de 1%. Le taux de prévalence du paludisme est supérieur à la moyenne dans le cas des mères inactives (28,43%), le cas des mères technicienne (33,6%), le cas des mères commerçantes (27,6%), le cas des mères (29%) et le cas des cadres (29,59%).

Par contre, la prévalence du paludisme est faible chez les enfants de mère ouvrière, soit 18,96%. Ce paradoxe qui pourrait en être un, ne l'est certainement pas. Car nous pourrions supposer que les mères ouvrières sont sous représentées et qu'elle n'ont pas une bonne perception des symptômes annonciateurs du paludisme chez leurs enfants ; surtout qu'elles sont souvent dans des taches où elles ne disposent pas de temps et de revenu suffisants pour pallier immédiatement aux besoins des siens.

Tableau 3-7 : Prévalence du paludisme selon l'occupation de la mère

OCCUPATION DE LA MERE	PREVALENCE (%)	EFFECTIF
Technicienne	33,6	101
Inactive	28,43	2293
Commerçante	27,7	639
Cadre	29,59	223
Agricultrice	29	717
Ouvrière	18,96	58
Ensemble	28,2	4031
Probabilité de khi deux= 0,005		

L'analyse précédente a permis de voir que la prévalence du paludisme est fortement associée et significative au seuil de 1% à toutes les caractéristiques des mères d'enfants impaludés choisies. Aussi, serait il important d'envisager dans la suite, l'attitude de ces mères en présence de la fièvre présomptive d'un accès palustre au regard des ressources médicales qui s'offrent à elle.

III-3 : Prise en charge médicale en cas de paludisme chez l'enfant.

La prise en charge médicale de l'enfant impaludé consiste à lui donner un antipaludique recommandé avant ou après avoir été conduit à un centre de santé comme nous l'avons précisé dans le chapitre précédent.

Les analyses bi variées effectuées révèlent que la prise en charge médicale du paludisme de l'enfant est associée plus ou moins aux facteurs socio culturels (milieu de socialisation, à la religion et l'ethnie et au niveau d'instruction), aux facteurs socio démographiques (le type de ménage, la taille du ménage et l'expérience de la mère) et les facteurs socio économiques (l'occupation ou activité du partenaire de la mère, le pouvoir financier de la mère et la présence du mari). Ainsi, cette prise en charge médicale connaît des variations selon la situation de résidence des enfants et elle se différencie selon les caractéristiques des mères.

III-3-1 Variation selon la situation de résidence des enfants

La prise en charge médicale des enfants impaludés varie selon le milieu de résidence, la région de résidence et le milieu de socialisation.

III-3-1-1 : le Milieu de résidence

D'après le tableau 2-8, le milieu de résidence est fortement associé significativement au seuil de 1% à la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant.

Les enfants impaludés nés de mères résidant à Libreville/port gentil ont une meilleure prise en charge médicale (52,3%) que ceux des mères qui résident dans les autres villes (49,2%) et en milieu rural (37%).

Cette variation entre les milieux peut s'expliquer par le fait que Libreville et Port gentil sont les principales villes du Gabon qui regroupent plus de la moitié des infrastructures médicales du pays. Les populations qui y résident ont donc plus de facilité d'accès à une formation sanitaire que celles qui résident respectivement dans les autres villes et en milieu rural.

Cette variation selon le milieu de résidence des mères pourrait s'expliquer aussi par le taux très élevé d'urbanisation au Gabon de l'ordre de 60% pour Libreville et Port Gentil seulement (RGPH du Gabon, 1993).

III-3-1-2 : la région de résidence

Il ressort du tableau 3-7 que l'association entre la région de résidence des mères et la prise en charge médicale du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans est fortement significative au seuil de 1%.

Les enfants impaludés nés des mères résidant dans la région de Libreville/ Port gentil et à l'Est ont les meilleures prise en charge respectivement de l'ordre de 52,3% et 53,4%. A l'opposé, les enfants nés des mères dans la région Nord ne reçoivent qu'une prise en charge médicale de leur paludisme que de l'ordre de 36,6%.

Cette différence peut s'expliquer dans le premier cas par le fait que Libreville/Port gentil et l'Est du Gabon regroupent la quasi totalité des industries extractives de matières premières, les industries de transformation et les principaux administrations, commerces et services qui attirent plus de population. Dans ces régions l'offre en infrastructures sanitaires publiques et privées est large ; ce qui facilite la prise en charge médicale des enfants impaludés. Dans le cas de la région Nord, ce faible taux peut s'expliquer par le déficit en termes de ratio formation sanitaire/population qui est de 2054 habitant pour un centre de santé (TBGS, 2003).

II-3-2 : le différentiel de la prise en charge médicale des enfants impaludés

Ce différentiel de la prise en charge médicale est la résultante des facteurs socio culturels, des facteurs socio démographique et des facteurs socio économiques de la mère.

III-3-2-1 : les différences selon les facteurs socio culturels

A) le milieu de socialisation

Toujours dans le tableau 2-8, il ressort que le milieu de socialisation est associé significativement au seuil de 5% à la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant.

Les mères qui ont été socialisées dans les autres villes ont effectué à 51% une bonne prise en charge médicale de leurs enfants que celles socialisées à Libreville/Port gentil (46%) et celles socialisées en milieu rural (42%).

Cette forte association entre les mères des autres villes et la prise en charge de paludisme s'expliquerait par l'acquisition et l'appropriation des normes d'hygiène sanitaire par les mères de ces milieux. Conformément aux résultats recherchés par l'ordonnance 001/95/PR du 17 janvier

1995 renforçant le système de prévention : santé maternelle et infantile, l'hygiène publique et l'assainissement, l'information éducation et communication (I.E.C) en matière de santé (TBGS, 2003).

B) La religion de la mère

L'appartenance religieuse des mères est significativement associée à la prise en charge médicale du paludisme de leurs enfants au seuil de 10%.

Les mères de religion musulmane ont largement une bonne prise en charge médicale (65,5%) que celles des autres religions dont les pourcentages sont inférieurs à 50% soit respectivement 48,2%, 47,4%, 36,9% et 36,6% pour les mères catholiques, protestantes, animistes et autres.

Cette proportion élevée des mères musulmanes dans la prise en charge médicale de l'enfant impaludé pourrait s'expliquer par le fait qu'une grande partie de celles-ci est d'origine étrangère. Les pratiques culturelles en matière de soin à l'enfant n'étant plus les mêmes que dans leur pays d'origine, on peut penser qu'elles préfèrent plus recourir aux soins modernes que les mères d'autres religions qui vivent pour la plupart dans un environnement qu'elles maîtrisent et qu'elles peuvent y recourir pour se soigner de manière traditionnelle avant de se rendre probablement à un centre de santé.

Tableau 3-8 : Répartition de la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant selon certaines caractéristiques liées à la mère

variable	Prise en charge médicale (%)	effectif
Milieu de résidence	(***)	1089
- Libreville et Port gentil	52,3	555
- Autres villes	49,2	278
- rural	37	257
Milieu de socialisation	(**)	1087
- Libreville et Port gentil	46	362
- Autres villes	51	346
- rural	42	238
- résidu	55,1	143
Religion	(*)	1089
-Catholique	48,2	604
-Protestante	47,4	306
-Musulmane	65,5	67
- Animiste	36,9	6
- Autres	36,6	102
Ethnie	(***)	1089
-fang	44,6	290
-kota	32	92
-mbede	52,3	99
-myene	31,2	24
-nzabi	48,5	111

-okandé	54,8	33
-punu	50,2	254
-autres	67,4	15
- résidu	54,8	171
Taille du ménage	(ns)	1090
-1 à 10 membres	47,9	663
-11 à 20 membres	47,2	370
- 21 à plus	51,7	57
Type de ménage	(ns)	1089
-monogamique	47,7	605
-polygamique	50,1	141
- résidu	47,4	343
Présence du mari	(ns)	1087
- dans le ménage	50,3	572
- ailleurs	41,5	173
- résidu	47	344
Activité du partenaire	(***)	1089
- technicien	53	144
- cadre	55,7	191
-commerçant	50,4	104
-agriculteur	36	276
- inactif	42,3	116
- résidu	43	259
Région de résidence	(***)	1090
Libreville-port gentil	52,3	555
Nord	26,6	141
Est	53,4	159
Ouest	47,3	119
Sud	45,2	114
Pouvoir financier de la mère	(ns)	1089
-faible	48,1	607
-moyen	45,4	262
-élevé	50,2	220
Expérience de la mère	(**)	1091
-pas d'expérience	48,7	290
-peu d'expérience	46,6	376
- moyenne expérience	40	163
- grande expérience	53,8	262
Accessibilité géographique	(ns)	1071
- proche	41,1	926
- loin	43,8	146
Niveau d'instruction	(*)	1089
-Sans niveau	53,4	51
-Primaire	43,8	451
-Secondaire et plus	50,6	587
(***) khi deux significatif à 1%.		
(**) khi deux significatif à 5%		
(*) khi deux significatif à 10%		
(NS) khi deux non significatif		

C) l'ethnie de la mère

Dans le tableau 3-7, la prise en charge médicale de l'enfant impaludé est fortement associée à l'origine ethnique de la mère au seuil significatif de 1%.

Quatre groupes se distinguent avec des taux de prise en charge supérieur à 50% : les Mbédé (52,3%), les Okandé(54,8%), les Punu (50,2%) et les autres petites ethnies (67,5%). Les Kota et les myénés ont une moins bonne prise en charge médicale respectivement de 32% et 31,2%.

Ces deux derniers taux peuvent s'expliquer par le fait que les enfants myénés sont ceux qui ont la plus petite prévalence de paludisme (18,6%) et dont la plupart habite dans la région ouest où la prévalence de 26,5% est inférieure à la moyenne nationale (28,4%) ; il en est de même des enfants Kota qui vivent dans la majorité des cas à l'est du pays où la prévalence de paludisme n'est que de 26,6%.

D) le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction est une variable associée à la prise en charge médicale du paludisme chez les enfants gabonais au seuil significatif de 10%. Les enfants impaludés nés des mères sans niveau d'instruction ont eu une bonne prise en charge médicale (53,4%) meilleure que ceux des mères de niveau primaire (43,8%) et de niveau secondaire et plus (50,6%).

Cet écart favorable aux enfants de mères sans instruction peut s'expliquer par leur effectif (51 cas) largement inférieur à ceux des mères de niveau primaire (453 cas) et ceux de mères de niveau secondaire (587 cas). En outre, il se pourrait que les mères sans instruction soient plus réceptives aux enseignements issus des séances de IEC (information éducation communication) qui sont de rigueur dans les centres de santé maternelle et infantile du Gabon. Ces mères doivent mettre en pratique les enseignements reçus au profit de leurs enfants contrairement aux mères de niveau primaire qui n'ont effectué le plus souvent que les trois premières classes du primaire ; et la plupart y sont sorties analphabètes, ce qui en réalité ne les différencie substantiellement pas des mères sans instruction.

III-3-2-2 les différences selon les facteurs socio-économiques

A) l'activité du partenaire

La prise en charge médicale du paludisme de l'enfant est significativement associée au seuil de 1% à l'activité du partenaire : plus le statut socioprofessionnel du partenaire augmente, plus les épouses de ceux-ci ont une meilleure prise en charge médicale de leurs enfants impaludés. Ainsi, les épouses des partenaires cadres ont 55,7% de bonne prise en charge médicale suivies des épouses de techniciens et commerçants qui ont respectivement 53% et 50,4% de bonne prise.

Par contre, les mères de partenaires inactifs et agriculteurs ont respectivement 42,3% et 36%. Le taux de prise en charge médicale des mères de partenaire agriculteurs peut s'expliquer par le fait que ces personnes sont situées essentiellement en milieu rural où le taux de prévalence chez les enfants

est de 36,7%. De plus, dans ce milieu le recours des populations aux tradipatriciens est plus accessible financièrement, culturellement et géographiquement qu'à un centre de santé.

B) le pouvoir financier de la mère

Cette variable n'est pas significativement associée à la prise en charge médicale de l'enfant impaludé.

III-3-2-3 : les différences selon les facteurs socio démographiques

Les facteurs socio démographiques concernés sont : la taille du ménage, le type de ménage, l'expérience de la mère et la présence du mari.

A) l'expérience de la mère

Cette variable est associée à la prise en charge médicale de l'enfant impaludé au seuil significatif de 5%. Les mères de grande expérience (53,8%), les mères sans expérience (48,5%) et les mères de peu d'expérience sont celles qui ont une meilleure prise en charge par rapport aux mères d'expérience moyenne (40%).

La situation des mères sans expérience (48,5%) peut s'expliquer par le fait qu'elles sont généralement jeunes avec ou sans enfant ; par conséquent, ces enfants font l'objet d'attention de la part des autres membres plus expérimentés de la famille.

Par contre, le faible taux de prise en charge des mères d'expérience moyenne pourrait s'expliquer par l'âge de ces mères qui se situe entre 24 à 35 ans et qui correspondrait à un niveau de parité élevée. Toute chose qui permettrait d'affirmer qu'elles ont déjà acquis des connaissances relativement bonne sur la manière de traiter une maladie comme le paludisme d'une naissance à une autre.

B) la taille du ménage

Elle n'est pas significativement associée à la prise en charge médicale des enfants impaludés par les mères gabonaises.

C) le type de ménage

La prise en charge médicale des enfants impaludés au Gabon n'est pas significativement associée à l'appartenance des mères à un ménage polygame ou monogame.

D) la présence du mari dans le ménage

Cette variable aussi n'est pas statistiquement associée à la prise en charge du paludisme chez les enfants par leur mère au Gabon.

Conclusion partielle :

La prévalence du paludisme chez l'enfant au Gabon est élevée soit 28,4%. Certaines régions ont une prévalence supérieure à cette moyenne. Cette prévalence varie proportionnellement avec certaines caractéristiques des mères de ces enfants impaludés.

De même, la prise en charge médicale de cette pathologie, c'est-à-dire l'administration aux enfants de moins de cinq ans d'un antipaludique avant ou après une consultation à une formation sanitaire, montre des relations avec certaines caractéristiques des mères. Parmi les variables importantes relatives à la mère mises en relation avec la variable prise en charge médicale, il en ressort que les plus significativement associées sont : le milieu de résidence, le milieu de socialisation, la religion, l'activité du partenaire, la région de résidence, l'expérience maternelle en soin et le niveau d'instruction de la mère.

Toutefois, les variables n'ont associé à la variable prise en charge médicale entretiennent des liens avec des dimensions constitutives ce concepts. Ainsi, par exemple, le pouvoir financier des mères est associé au recours à un centre de santé : 64,3% des mères ayant un pouvoir financier élevé ont recouru à un centre de santé contre 49,2% des mères ayant un pouvoir financier moyen ; cependant, la dimension relative à l'administration d'un antipaludique approprié.

Comme les relations précédentes sont fallacieuses, dans le dernier chapitre qui suit, nous allons essayer de ressortir les variables déterminantes de la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant sous le contrôle d'autres variables.

Chapitre IV : Déterminants de la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans

Dans le présent chapitre, nous allons identifier à l'aide du schéma d'analyse, les effets bruts et les effets nets des facteurs socio culturels, socio démographiques, socio économiques et l'accessibilité géographique au centre de santé qui déterminent la prise en charge médicale appropriée du paludisme chez l'enfant selon le contexte de résidence (milieu de résidence et région de résidence) des mères.

IV-1 : l'effet des facteurs socio culturels

La mise en association des variables socio culturelles dans le modèle montre qu'il est significatif au seuil de 1% avec un pouvoir prédictif de 4,2% et les variables introduites explique pour 60,65% le phénomène étudié

Il s'agit des variables liées à la religion, à l'ethnie, au milieu de socialisation et le niveau d'instruction de la mère.

IV-1-1 : l'appartenance religieuse

Au niveau brut, la religion de la mère est fortement associée à la prise en charge médicale de l'enfant impaludé au Gabon au seuil significatif de 1%. Cette association devient significatif au seuil de 10% quand on la contrôle par les autres variables socio culturelles dans le modèle 1. Cependant, les différences entre les catégories religieuses se maintiennent plus ou moins. C'est ainsi que les mères de religion musulmane ont près de deux fois une meilleure prise en charge médicale des enfants impaludés comparativement aux mères catholiques ; et les mères sans religion ont 37% de chance en moins de prise en charge médicale appropriée de leurs enfants impaludés.

Enfin, après contrôle dans le modèle 5 par la région de résidence des enfants impaludé, l'association de la variable étudiée et la religion des mères se maintient au seuil de 5% et les mères musulmanes ont toujours deux fois plus de prise en charge médicale appropriée que leurs consœurs catholiques.

IV-1-2 : l'ethnie

La variable appartenance ethnique de la mère est fortement associée au seuil significatif de 1% à la prise en charge médicale de l'enfant impaludé au Gabon au niveau brut. Cette association est significative au seuil de 5% après même son contrôle par les autres variables socio culturelles. Les mères fangs, kota-kélé et myéné ont respectivement 31%, 50% et 64% de chance de moins que les

mères Punu d'effectuer une prise en charge médicale appropriée de leurs enfants impaludés. Cette différence entre les mères Kota-Kelé, fangs et myéné ne varie pas significativement par rapport à ce qui a été relevé au niveau brut. Le décalage observé entre les groupes ethnique pourrait s'expliquer d'abord par le faible effectif des ethnies Kota et Myéne dans l'échantillon de l'étude. La situation de l'ethnie Fang pourrait s'expliquer par le déficit du ratio formation sanitaire/population qu'on a observé dans la région du nord où la majorité d'entre elles sont originaires. Toutefois, ces résultats pourraient cacher des dimensions psycho sociales de la perception de la maladie chez ces groupes ethniques que malheureusement la base de données utilisée ici ne permet pas de saisir. En effet, selon les régions du Gabon (modèle 5), la dimension ethnique n'est plus significativement associée à la variable étudiée. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les différences culturelles tendent à s'estomper face à l'influence et l'adoption des manières d'être, de faire et de vivre à l'occidental quelque soit l'ethnie.

IV-1-3 le milieu de socialisation

Dans le modèle brut, cette variable est associée au seuil significatif de 5% à la prise en charge médicale du paludisme des enfants. Son introduction dans le modèle 1 voit son effet disparaître sur la variable à l'étude. Cette non significativité se maintient jusqu'au modèle final. Autrement dit, le milieu de socialisation ne suffit pas à différencier les mères quant à leur aptitude à gérer correctement une crise de paludisme chez leurs enfants.

IV-1-4 le niveau d'instruction

Il est fortement associé au seuil significatif de 5% à la variable étudiée. Mais une fois mise en interactions avec d'autres variables socio culturelles, il perd de sa significativité. De même dans tous les autres modèles, il reste non significatif. Cette variable ne peut pas ainsi médiatiser l'effet des autres variables socio culturelles qui à la limite la neutralise.

Toutefois, au niveau brut, la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant augmente avec le niveau d'instruction des mères. Ceci vient en quelque sorte réajuster le déséquilibre observé au niveau bi varié.

IV-2 : l'effet des facteurs socio démographiques

Les variables du modèle 2 notamment les facteurs socio démographiques : la taille du ménage, le type de ménage, la présence du mari et l'expérience maternelle montre que le modèle est bon et a un

pouvoir prédictif de 5,6% du phénomène étudié. Les variables introduites dans le modèle expliquent donc à 61,11% le phénomène étudié.

IV-2-1 : l'expérience de la mère

L'expérience de la mère en matière de soin à l'enfant est associée à la prise en charge médicale du paludisme de ce dernier. Ainsi, dans le modèle brut : les mères qui ont une grande expérience ont 1,3 fois plus de chance que celles de peu d'expérience d'accomplir une bonne prise en charge médicale de leurs enfants impaludés. Une fois introduite dans le modèle 1, elle n'exerce pas d'influence sur les variables socio démographiques dont elle appartient.

Réciproquement, les autres facteurs socio démographique n'influencent pas son effet, qui reste presque stable (1,39fois). Enfin dans le modèle final, les différences entre le niveau d'expérience des mères s'estompe quand on la contrôle par la région de résidence des mères ; et l'association à ce niveau n'est plus significative qu'au seuil de 5%.

L'effet de la variable « expérience de la mère » observée ici confirme l'importance de celle-ci dans la prise en charge médicale qui a été relevée au niveau de l'analyse bi variée. En effet, cette importance peut s'expliquer naturellement par le fait que plus une mère a plus de naissance et que son age augmente, plus elle a les meilleures attitudes en cas de maladie de son enfant. Mais au niveau régional les différences entre les mères disparaissent.

IV-2-2 la taille du ménage

Quelque soit le modèle, cette variable apparaît non significative dans l'explication du phénomène à l'étude. Autrement dit, la taille du ménage ne peut expliquer qu'un enfant impaludé ne reçoive une prise en charge médicale par sa mère.

IV-2-3 : le type de ménage

Cette variable socio démographique n'est pas associée à la prise en charge médicale du paludisme de l'enfant au Gabon. En fait, que la mère soit dans un ménage polygame ou monogame, on observerait les mêmes comportements de celle-ci dans le traitement médicalisé de son enfant.

IV-2-4 : la présence du mari dans le ménage.

Cette variable n'est pas associée significativement et directement à la prise en charge médicale de l'enfant impaludé. Toutefois, l'analyse révèle que 29% des mères des ménages où le mari est absent quelque soit la région n'ont pas fourni une prise en charge médicale appropriée à leurs enfants.

IV-3 l'effet des facteurs socio économiques

La mise en association des variables socio culturelles dans le modèle montre qu'il est significatif au seuil de 1% avec un pouvoir prédictif de 6,8% et les variables introduites explique pour 60,55% le phénomène étudié

Il s'agit des variables liées à l'activité du partenaire et le pouvoir économique de la mère.

IV-3-1 l'activité du partenaire

Au niveau brut, cette variable est fortement associée à la prise en charge médicale de l'enfant impaludé au Gabon. En effet, cette association qui était significative au seuil de 1% dans le modèle 2 est à présent significative au seuil de 5%. Ainsi, après contrôle de l'effet brut de cette variable par le pouvoir financier de la mère, les enfants dont le partenaire de la mère est inactif ont 36% de chance en moins au lieu de 50% auparavant, d'avoir une prise en charge médicale du paludisme par rapport à ceux dont le partenaire de la mère est technicien ; de même les enfants dont le partenaire de la mère est commerçant ont 47% de chance en moins de recevoir une prise en charge médicale en cas de paludisme par leur mère comparativement à ceux dont le partenaire de la mère est technicien.

La variable « pouvoir financier de la mère » qui atténue légèrement l'effet de la variable « activité du partenaire » pourrait supposer que selon le type d'activité de l'époux, la contribution financière de la mère joue un rôle important dans les soins prodigués aux enfants au Gabon. Cette dernière hypothèse est confirmée par le nombre de plus en plus élevé des mères gabonaises qui exercent un petit commerce pour subvenir à la charge de la famille à un moment où le chômage atteint des proportions élevées dans la population gabonaise.

IV-3-2 : le pouvoir financier de la mère

Cette variable n'est pas significative dans le modèle brut c'est-à-dire qu'il n'y a pas de différence notable entre les mères de faible pouvoir financier et leurs consœurs qui ont un pouvoir élevé en matière de prise en charge médicale des enfants impaludés au Gabon.

Cette absence de différenciation entre les mères demeure, même en présence d'autres variables socio économiques (l'activité du partenaire) ou l'accessibilité géographique.

IV-4 : l'effet des facteurs contextuels

Il s'agit des variables relatives au milieu de résidence, à la région de résidence et à l'accessibilité géographique.

IV-4-1 le milieu de résidence

Le milieu de résidence est une variable contextuel qui est significativement associée au seuil de 1% à la prise en charge médicale de l'enfant impaludé au niveau brut.

Cette association garde la même significativité après l'introduction des facteurs socio culturels, socio économique et socio démographique ; mais après introduction de la variable « accessibilité géographique » l'association entre le milieu de résidence et la variable étudiée n'est plus significative qu'au seuil de 5%. Dans tous les quatre premiers modèles, les mères vivant en milieu rural ont environ 44% de chance en moins d'assurer une prise en charge médicale appropriée à leurs enfants que les consœurs de Libreville/port gentil.

Cette importance du milieu de résidence sur la variable à l'étude pourrait s'expliquer par le manque d'infrastructure et surtout de l'insuffisance du personnel médical dans le milieu rural au Gabon.

L'influence partielle de la variable « accessibilité géographique » pourrait s'expliquer par l'éloignement des centres de santé dans le milieu rural.

Toutefois, dans le modèle final, l'effet du milieu de résidence est neutralisé par la variable région de résidence. Autrement dit, les mères de milieu rural et de milieu urbain se comporteraient de manière identique selon la région de résidence dans la prise en charge médicale du paludisme des enfants au Gabon.

IV-4-2 : la région de résidence

L'introduction de la variable contextuelle, région de résidence, maintient la stabilité du modèle et son pouvoir prédictif est de 7,9%. Les variables introduites dans ce modèle expliquent à 61,39% le phénomène étudié.

Le contrôle par la région de résidence des variables issues du modèle précédent a une influence au niveau de la variable milieu de résidence et la variable ethnique. En effet, l'association entre chacune de ces variables et la prise en charge médicale des enfants impaludés par leur mère devient non significative ; l'association de la variable étudiée et la religion de la mère passe d'un seuil de significativité de 10% à 5% quoi que les différences entre les catégories religieuse observées précédemment dans le modèle 4 restent marginales. De même, l'association entre la variable étudiée et l' « expérience maternelle » n'est pas influencée pas la région de résidence de la mère. Aussi, les différences socio professionnelles sont associées à la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant selon les régions de résidence : les mères dont le partenaire est inactif et celles dont le partenaire est commerçant ont respectivement 36% et 51% de chance en moins de fournir une prise en charge médicale du paludisme chez leur enfant.

Enfin, les mères qui résident dans la région Nord du Gabon ont 61% de chance en moins d'assurer une bonne prise en charge médicale de leurs enfants impaludés que leurs consœurs de Libreville/Port gentil.

IV-4-1 : l'accessibilité géographique

C'est une variable qui n'est pas associée significativement à la variable en étude. Autrement dit, l'éloignement d'un centre de santé ne constituerait pas une limite pour une mère qui rechercherait des soins appropriés au paludisme de son enfant.

Cette variable ne médiate pas donc l'effet des variables socio économiques dans la prise en charge médicale de l'enfant impaludé au Gabon.

Tableau 4-1 : Effets nets des variables indépendantes sur la prise en charge médicale

Variabiles et modalités	Effets bruts	M1	M2	M3	M4	M5
Milieu de résidence	0,09***	0,067***	0,06***	0,059***	0,05**	(Ns)
- Libreville/ Port-gentil	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
- autres villes	0,88(Ns)	0,83(Ns)	0,80 (Ns)	0,82(Ns)	0,82(Ns)	1,001(Ns)
- Rural	0,53***	0,55***	0,53***	0,55***	0,56***	0,74(Ns)
Milieu de socialisation	0,034**	(Ns)	(Ns)	(Ns)	(Ns)	(Ns)
- Libreville/ Port-gentil	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
- autres villes	1,22(Ns)	1,3(Ns)	1,26(Ns)	1,21(Ns)	1,23(Ns)	1,27(Ns)
- Rural	0,84(Ns)	1,2(Ns)	1,22(Ns)	1,21(Ns)	1,28(Ns)	1,4(Ns)
- Résidu	1,44*	1,1(Ns)	1,08(Ns)	1,04(Ns)	1,08(Ns)	1,15(Ns)
Niveau d'instruction	0,03**	(Ns)	(Ns)	(Ns)	(Ns)	(Ns)
- sans niveau	1,47(Ns)	0,93(Ns)	0,94(Ns)	0,96(Ns)	0,98(Ns)	0,91(Ns)
- primaire	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
- secondaire	1,31**	1,23(Ns)	1,23(Ns)	1,22(Ns)	1,25(Ns)	1,3*
Ethnie	0,055***	(**)	0,04**	(**)	0,038**	(Ns)
- fang	0,79 (Ns)	0,69**	0,66**	0,67**	0,67**	0,83 (Ns)
- kota-kele	0,46 *	0,5**	0,53**	0,55**	0,55**	0,67(Ns)
- mbede-teke	1,087 (Ns)	1,02 (Ns)	1,05(Ns)	1,02(Ns)	1,02 (Ns)	0,78 (Ns)
- myéné	0,42**	0,36**	0,37**	0,37**	0,39**	0,42**
- nzabi	0,92 (Ns)	0,91 (Ns)	0,94(Ns)	0,98(Ns)	0,98(Ns)	0,84(Ns)
- okande	1,25 (Ns)	1,68 (Ns)	1,64(Ns)	1,7 (Ns)	1,73 (Ns)	1,53(Ns)
- punu	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
- autres	2,05 (Ns)	1,86(Ns)	1,71 (Ns)	2,45(Ns)	2,44(Ns)	2,3(Ns)
-résidu	1,2(Ns)	0,89(Ns)	0,9 (Ns)	0,97(Ns)	0,97(Ns)	1,07(Ns)
Religion	0,06***	0,24*	0,02*	0,036**	0,028*	0,0316**
- catholique	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
- protestant	0,96 (Ns)	0,95 (Ns)	0,93 (Ns)	0,91 (Ns)	0,91(Ns)	0,89Ns)
- musulman	2,03***	1,94**	1,96*	2, 23**	2,14**	2,09**
-animiste	0,62 (Ns)	0,54(Ns)	0,46(Ns)	0,52(Ns)	0,65 (Ns)	0,6(Ns)
-sans religion	0,621***	0,63**	0,62**	0,52*	0,63*	0,6**
Taille du ménage	(Ns)		(Ns)	(Ns)	(Ns)	(Ns)
- Moins de 10membres	(r)		(r)	(r)	(r)	(r)
- 10 à 20 membres	0,97(Ns)		1,02(Ns)	1,035(Ns)	1,018(Ns)	1,07 (Ns)
- plus de 20membres	1,16(Ns)		1,45(Ns)	1,55(Ns)	1,63(Ns)	1,59(Ns)
type de mariage	(Ns)		(Ns)	(Ns)	(Ns)	(Ns)

- monogamique - polygamique - résidu	(r) 1,014(Ns) 1,11(Ns)		(r) 0,77 (Ns) 0,0096 (Ns)	(r) 0,006(Ns) 0,0076(Ns)	(r) 0,0028(Ns) 0,0074(Ns)	(r) 0,0024(Ns) 0,0028(Ns)
Présence de l'époux	(Ns)		(Ns)	(Ns)	(Ns)	(Ns)
- dans le ménage - hors du ménage - résidu	(r) 0,7* 0,87(Ns)		(r) 0,71* 0,0075 (Ns)	(r) 0,73(Ns) 0,0082(Ns)	(r) 0,73(Ns) 0,008(Ns)	(r) 0,71* 0,0032(Ns)
Expérience de la mère	0,035**		0,036**	0,03**	0,029*	0,034*
- Pas d'expérience - peu d'expérience - moyenne expérience - grande expérience	1,08 (Ns) (r) 0,76 (Ns) 1,33*		1,10 (Ns) (r) 0,78 (Ns) 1,39*	1,17(Ns) (r) 0,75 (Ns) 1,30(Ns)	1,16(Ns) (r) 0,75 (Ns) 1,3 (Ns)	1,19(Ns) (r) 0,75 (Ns) 1,37(Ns)
Activité du partenaire	0,087***			0,045**	0,045**	0,049**
- inactif - technicien - commerçant - agriculteur - cadre - ouvrier -residu	0,50*** (r) 0,69(Ns) 0,38*** 0,68(Ns) 0,82(Ns) 0,49***			0,66* (r) 0,53** 0,66(Ns) 0,77(Ns) 0,92(Ns) 0,45***	0,67(Ns) (r) 0,53** 0,67(Ns) 0,76(Ns) 0,94 (Ns) 0,45***	0,64* (r) 0,49** 0,74 (Ns) 0,73(NS) 0,86(Ns) 0,42***
Pouvoir financier de la mère	(Ns)				(Ns)	(Ns)
- très faible - faible - moyen - élevé	(r) 0,87(Ns) 0,84 (Ns) 1,002 (Ns)			(r) 0,86(Ns) 0,92(Ns) 0,96(Ns)	(r) 1,16 1,17 (Ns) 0,98 (Ns)	(r) 1,13(Ns) 0,98(Ns) 0,99 (Ns)
Accessibilité géographique	(Ns)				(Ns)	(Ns)
- proche - loin	(r) 1,23 (Ns)				(r) 1,009(Ns)	(r) 1,05(Ns)
Région de résidence	0,12***					0,076***
- Libreville/ Port-gentil - Nord - Est - Ouest - Sud	(r) 0,33*** 1,048(Ns) 0,83(Ns) 0,75(Ns)					(r) 0,39*** 1,25(Ns) 0,87(Ns) 0,74(Ns)
khi deux Pseudo R2		51,33*** 0,042	68,45*** 0,056	83,94*** 0,067	81,06*** 0,068	96,83*** 0,079
(***) khi deux significatif à 1%. (**) khi deux significatif à 5% (*) khi deux significatif à 10% (NS) khi deux non significatif						

IV-5 : Synthèse et discussion des résultats

Les analyses effectuées nous ont permis de constater que les déterminants de la prise en charge médicale des enfants impaludés au Gabon sont les variables socio culturelles et socio économique suivant :

- la religion de la mère
- l'activité du partenaire de la mère
- l'« expérience de la mère » en soin infantile
- la région de résidence.

Au niveau de l'appartenance religieuse, les mères musulmanes sont celles qui présentent une meilleure prise en charge médicale de leurs enfants impaludés comparativement aux mères catholiques. Par contre, ces dernières ont une meilleure prise en charge médicale par rapport aux mères sans religions. Ce résultat confirme ce que nous avons relevé au niveau de l'analyse bi variée. En fait, cette forte association que nous observons s'expliquerait par le fait que beaucoup de ces mères musulmanes sont d'origine étrangère. Elles n'ont généralement pas les mêmes pratiques culturelles en matière de soin que les nationaux d'où leur propension à recourir aux soins modernes dans la prise en charge médicale de leurs jeunes enfants car elles seraient prudentes au regard des thérapies traditionnelles de leur nouvel univers culturel.

A propos de l'activité du partenaire de la mère, les résultats montrent que celle-ci a un effet très significatif sur la prise en charge médicale de l'enfant impaludé. Ceci se vérifie aussi au niveau bi varié.

En effet, nous constatons que l'effet de l'activité du partenaire de la mère sur la prise en charge médicale de l'enfant impaludé est resté significatif au seuil de 5% malgré l'introduction des variables intermédiaires d'une part et la variable régionale de contrôle d'autre part. Autrement dit, quelque soit la région au Gabon, plus le statut socioprofessionnel du partenaire de la mère augmente moins le pouvoir financier ou l'accessibilité géographique au centre de santé ne sont significatifs en matière de prise en charge médicale de l'enfant impaludé. En particulier, les mères dont les partenaires sont commerçants, ont 51% de chance en moins d'assurer une prise en charge médicale à leurs enfants impaludés que celles dont les partenaires sont des techniciens.

Cette différence entre les deux groupes pourrait s'expliquer par des facteurs culturels notamment l'instruction et les pratiques médicinales. En effet, le groupe de commerçant au Gabon est constitué d'individus qui vendent plusieurs produits parmi lesquels les produits pharmaceutiques contrefaits essentiellement. La tendance serait pour ce dernier d'y recourir habituellement en automédication pour soigner leurs proches, sans penser à aller par la suite à un centre de santé immédiatement.

S'agissant de l'expérience de la mère en matière de soin, elle est la seule des variables intermédiaires introduites qui joue un rôle important dans l'action des variables socio culturelles et socio démographiques sur la prise en charge médicale de l'enfant impaludé. Les différences observées entre les mères pourraient s'expliquer du fait que l'on remarque que 67,1% des mères gabonaises ayant une naissance de rang 1 contre 58,4% des mères ayant une naissance de rang 4-5 ont mené en consultation dans un centre de santé leurs enfants en cas de fièvre (EDSGI,2000). Ceci s'expliquerait aussi par le fait que généralement au Gabon une jeune mère bénéficie de la solidarité familiale ou de celle de ses copines à propos des meilleures attitudes à tenir au cours d'une maladie touchant son enfant .

Enfin, la région de résidence est un déterminant de la prise en charge médicale de l'enfant impaludé. En effet, son introduction dans le modèle a rendu l'impact du milieu de résidence et de l'ethnie des mères non significatif par rapport la variable en étude. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de la population quelque soit la région vit essentiellement en ville d'une part, et d' autre part hormis la région Nord où l'on retrouve au plus trois groupes ethniques, les autres régions du Gabon ont plus de quatre groupes ethniques qui essentiellement ont les mêmes pratiques culturelles. Par conséquent, les mères ont tendance à avoir dans ces autres régions les mêmes comportements thérapeutiques.

Certains travaux abordant la problématique qui a guidé ce travail à savoir l'offre et la demande de soin de santé ont abouti plus ou moins sur quelque uns des déterminants trouvés ici. Notamment l'étude de WAMBERT (2005) montre entre autres que la religion est un déterminant du recours thérapeutique à Libreville (Gabon). Il ajoute que parmi les types de recours thérapeutiques, 53,7% de la population de Libreville se rend dans les centres de santé. Ce taux se rapproche de celui que nous avons trouvé dans notre travail c'est-à-dire 57,6% sur le plan national quand on sait que Libreville abrite plus de la moitié de la population gabonaise.

S'agissant des facteurs socio économique, WAMBERT (2005) montre que les individus qui sont occupés professionnellement à Libreville ont 67% plus de chance de recourir à un centre de santé que ceux qui n'ont pas d'occupation. Nous avons trouvé aussi, à peu près dans le même sens, que les mères dont le partenaire est inactif ont 36% de chance en moins de fournir une prise en charge médicale (antipaludique approprié et recours à un centre de santé) à leurs enfants impaludés de moins de cinq ans que celles dont le partenaire est technicien.

Dans une étude réalisée au Congo Brazzaville en 1995, TALANI et al (2003) montrait que le manque d'argent explique essentiellement la non prise en charge efficace des signes annonciateurs du paludisme. Ce facteur constaté dans cette étude corrobore en quelque sorte les résultats que nous

avons trouvés. En effet, une mère qui a un partenaire exerçant une activité aura le moyen financier de prendre en charge médicalement son enfant impaludé.

GLICK, DC (1989) dans une étude menée dans une région de Guinée Conakry souligne que l'insuffisance de centre de santé dans certaines régions du pays expliquerait le niveau de prise en charge médicale du paludisme de l'enfant. En effet, la région de Libreville/Port gentil offre 61% plus de chance à une mère de faire une bonne prise en charge à son enfant que celle de la région Nord ; car Libreville/ Port gentil regroupe plus de 60% de population et des infrastructures sanitaires et que la région du Nord est l'une des régions qui est la moins couverte en infrastructures sanitaires par rapport à sa population.

Enfin, une étude menée dans une vallée au sud du Bénin en 1996 montrait que les facteurs tels que le lieu de résidence de la mère, le niveau socio économique de la mère et faiblement la religion de la mère expliquent cette attitude des mères enquêtées (KINIFFO, I.R et al, 2000).

Conclusion générale

L'étude sur les déterminants de la prise en charge médicale du paludisme au Gabon : cas des enfants de moins de cinq ans est partie du constat que cette maladie représente une menace permanente sur le devenir des enfants de moins de cinq en Afrique. En plus, comme pour l'ensemble des régions endémiques du continent, le paludisme est l'un des principaux problèmes de santé publique. En 1994, le paludisme représentait officiellement 6% de cas de mortalité infantile au Gabon. Pour faire face à cette situation, les populations adoptent des comportements thérapeutiques diverses : automédication en première intention puis recours à un centre santé ou à un tradipraticien . Malgré les recommandations sur l'attitude à tenir en présence des symptômes de paludisme, les mères mettent des jours avant de conduire leurs jeunes enfants à un centre de santé.

Aussi sommes nous demandé : quels sont les déterminants de la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans au Gabon.

L'objectif général poursuivi dans cette étude était de contribuer à une meilleure compréhension des comportements médicaux en cas de paludisme chez l'enfant au Gabon. De façon spécifique, elle cherchait à :

- évaluer la prévalence du paludisme au sein de la population des enfants de moins de cinq ans selon le milieu et la région de résidence
- estimer l'importance et le niveau de prise en charge médicale à savoir : le recours aux formations sanitaires et l'usage des antipaludiques appropriés en rapport avec certaines caractéristiques de la mère
- ressortir les déterminants socioéconomiques, socioculturels, sociodémographique environnementaux qui influencent la prise en charge médicale efficace du paludisme infanto juvénile.

Pour atteindre ces objectifs, un cadre conceptuel a été élaboré en rapport avec l'hypothèse générale selon laquelle les facteurs d'ordre socio culturel, socio démographique, économique et environnemental expliquent la prise en charge médicale des mères du paludisme chez leurs enfants. Ces facteurs agissent à travers l'expérience de la mère, les connaissances, les perceptions, les croyances étiologique relatives à la maladie et l'accessibilité géographique.

De cette hypothèse générale résultent six hypothèses spécifiques :

H1 : l'amélioration du niveau d'instruction de la mère augmente la propension des enfants impaludés à bénéficier d'une prise en charge médicale appropriée.

H2a : un enfant issu d'une mère dont le partenaire est cadre de profession reçoit une meilleure prise en charge médicale que celui issu d'une mère dont le partenaire est inactif.

H2b : plus une mère a un revenu élevé, plus ses enfants impaludés bénéficient d'une prise en charge médicale appropriée.

H3 : les enfants issus des mères catholiques reçoivent un antipaludique approprié et sont conduits à un centre de santé meilleure prise en charge médicale du paludisme que les enfants issus de mères musulmanes.

H4 : la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant augmente avec l'expérience maternelle acquise en matière de soin.

H5 : les enfants impaludés issus des mères vivant à Libreville/ Port gentil bénéficient d'une meilleure prise en charge médicale que leurs confrères issus des mères vivant dans le Sud du Gabon.

Les données utilisées pour vérifier ces hypothèses proviennent de l'EDSGI. Les résultats de l'analyse bi variée ont révélé une prévalence palustre infanto juvénile de 28,4% au Gabon. Toutefois, ce taux varie d'une part selon certaines caractéristiques de la mère et d'autre part, selon le milieu de résidence et la région de résidence. En outre certaines caractéristiques de la mère sont apparues fortement associées à la prise en charge médicale du paludisme de l'enfant au niveau bivariées.

Ainsi, la prise en charge médicale du paludisme chez l'enfant serait très peu pratiquée par les mères vivant dans la région Nord (26,6%) et en milieu rural(37%) ayant une expérience maternelle moyenne (40%) avec un niveau primaire (43,8%), de religion animiste (36,9%) et dont le partenaire est agriculteur (36%).

Au niveau multi variée, les variables déterminantes dans l'explication de la prise en charge médicale sont la religion, l'activité du partenaire, la région de résidence et l'expérience maternelle en soin. Il ressort que les mères résidant dans la région Nord du Gabon qui sont sans religion et dont le partenaire est inactif ou commerçant sont celles qui ont une faible prise en charge médicale de leurs enfants impaludés.

Au regard de nos résultats d'analyse multi variée, les hypothèses H2a, H4 et H5 sont plus ou moins confirmées. Tandis que les hypothèses H1, H2b et H3 sont infirmées.

Par ailleurs, il conviendrait de souligner quelques limites à ce travail. :

La première concerne la variable qui a permis de saisir le paludisme. En effet, l'accès fébrile n'est qu'un des symptômes du paludisme. Cette difficulté d'appréhension du paludisme pourrait avoir sur estimé la prévalence du paludisme chez l'enfant.

La deuxième limite a trait à la qualité des données qui comportent de nombreuses non réponses ce qui a rendu impossible l'utilisation de certaines variables importantes.

Enfin, la nature des données se rapportant à des variables psycho sociales (perception de la maladie et sa gravité, croyance étiologique, connaissance des symptômes ...) n'ont pas été saisies dans la base. Elles auraient permis d'opérationnaliser certains mécanismes qui guident le comportement des mères.

Par rapport aux résultats trouvés, certaines recommandations méritent d'être faites aux autorités sanitaires en charge des problèmes de paludisme au Gabon.

En effet, l'étude a montré que la prise en charge médicale du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans est faible chez les mères de la région Nord du Gabon. Il serait donc important de consentir plus de moyens financiers afin d'augmenter et de renforcer la couverture sanitaire dans cette région. A ce sujet, la création de case de santé et la disponibilisation des médicaments antipaludiques efficaces serait nécessaire dans les milieux ruraux. Aussi, le renforcement des capacités communautaires en éducation sanitaire pourrait changer le comportement médical des habitants des zones rurales dans cette région du pays.

De même, il serait souhaitable de renforcer les campagnes de promotion du bon usage à domicile des antipaludiques appropriés et le recours dans les centres de santé en moins de 24 heures lorsque les signes de fièvre et autres persistent chez l'enfant.

Dans une approche scientifique, la recommandation serait de mener des enquêtes qualitatives pour comprendre les facteurs psycho sociaux sous jacents aux comportements thérapeutiques des mères.

Bibliographie:

- ABOSEDE O.A.**, « self medication: an important aspect of primary health care », social science and medicine, 19, 7, 1984, pp 699-703.
- AKOTO, E et al. (2002)**, Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité, les Cahiers de l'IFORD, Yaoundé, Saint Paul, N°27, 165P.
- AKOTO, E. (1993)**. Déterminants socio culturels de la mortalité des enfants en Afrique noire : hypothèses et recherche, Louvain-la neuve, Academia.
- ANTIMI IDOUNDOU, J.S.** (2006) , Le paludisme au Gabon, in Perspectif Nouvelle, 2006 N°03.
- BAILO DIALLO,A et al.**, prise en charge à domicile des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans dans la zone rurale de la République de Guinée, Bulletin de l'organisation mondiale de la santé, recueil d'articles n°5, 2001, 10p.
- Banque Mondiale (1996)**. Evaluation de la pauvreté au Gabon.
- BANGRE, H (2005)**, Facteurs explicatifs du recours thérapeutique en cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans au Burkina-Faso, Mémoire, IFORD, Yaoundé, 86p.
- BENINGUISSE G. (2001)**, Entre tradition et modernité: Fondements sociaux et démographiques de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun, Louvain-la Neuve, 313p.
- BÖETE, C.** in Le Monde Diplomatique, juillet 2006
- BRUCE-CHIVATT, LS**, Palcageinisis and Paleo epidemiology of primate malarea, bull WHO, 1965; 32:363-87.
- CALDWELL, J.C.** (1979), Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigeria data, population studies 33, p395-413.
- .DACKAM NGATCHOU, R (1990)**, L'éducation de la mère et la mortalité des enfants en Afrique, les Cahiers de l'IFORD, Yaoundé, Saint Paul, N°2, 160p.
- DAKUYO, P.Z, (1992)**, « Paludisme et médecine traditionnelle », in Vie et Santé, une revue du réseau de recherche en santé de la reproduction en Afrique, n°10, pp 17-19.
- DAVID, S. (1993)**, Health expenditure and household budgets in rural Libéria , in health transition, review, 3(1), pp57-76.
- DUJARDIN, B.(1993)**, une approche globale pour améliorer la santé maternelle, thèse d'agrégation de l'enseignement supérieur en médecine, Faculté de Médecine, ULB, Bruxelles, 198p.
- EGUNDJOBI L.**, « Factors influencing choice of hospital: a case study of the northern part of Oyo state, Nigéria », Social science and medicine, 17, 9, 1983, pp 585-589.

FOURNIER P. et HADDAD S. (1995), « les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », in GERARD H. et al, la sociologie des populations, Montréal, AUPELF/UREF, pp 289-325

GLICK, DC et al.(1989), Malaria treatment practice among workers in Guinea, Journal of health and social behaviour, 30:421-435.

KINIFFO, I.R et al., Les mères des enfants de moins de cinq ans et le paludisme dans la vallée de Dangbo au sud est du Bénin, Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (1).

LAROUSSE de poche 2007, édition Larousse, Paris, 2006, 1041p

LESKER, J.N., « choosing among therapy: illness behavior in the Ivory Coast », Social Science and Medicine, 15a, 1981, pp. 157-168.

LE HESRAN, J-Y, les particularités du paludisme chez l'enfant, Médecine tropicale, 2000 -60-1, pp92-98.

LE HESRAN, J-Y, Science du Sud, in Le journal de l'IRD, janvier-février, 2001, N°8.

LEMARDELEY, P et al., (1996), Prescripteurs et prise en charge des fièvres de l'enfant : premiers résultats des enquêtes du réseau paludisme OCEAC (Yaoundé, Brazzaville, Malabo et Libreville), in Bull liaison doc OCEAC 1997 ; 30(3), p21.

MALCOLM, G et al (1998), Economie du développement, édition Nouveau horizon de BOECK, 3^e tirage.

MOSLEY, H. (1985). Les soins de santé primaires peuvent ils réduire la mortalité infantile ? Bilan critique de quelques programmes africains et asiatiques ; in Lutte contre la mort, INED, pp :101-136.

MOUVAGHA-SOW, M, Transformations familiales et pauvreté au Gabon, in Etude de la population africaine A, vol 19.

MOUCHET, J et al, typologie du paludisme, Cahier de santé 1993 ; 3 :220-38.

NGASSAM-NGOUENI, A (1995), Prise en charge du paludisme grave chez les enfants de moins de 5ans à Bafoussam (Cameroun-1995), in bull liais doc OCEAC 1998 ; 31(3), pp30-34.

OMS (1990), Accès aux médicaments et financement : analyse économique et financière de base, ed, Genève, pp18-38.

OMS/ UNICEF (2003), 1^{er} Rapport sur le paludisme.

OMS, (2006), Rapport sur la Santé dans le monde.

ONI, JB. “qualitative exploration of intra-household variation in treatment of child-illness in polygame-yoruba families, the use of local expressions” in health transition review, 1996, p57-59.

PAGES, F. (1966). Le paludisme, que sais je ? 2^{ème} édition, PUF, 123p.

REPUBLIQUE GABONAISE, 1992. « Premiers résultats. Dénombrement de la population de Libreville, Port-Gentil et Moanda », Série Études et Analyses, n° 1, Libreville.

REPUBLIQUE GABONAISE, 1995. Enquête Budget Consommation. Les conditions de vie des populations africaines à Libreville et Port-Gentil, tome I "Analyse", Libreville.

REPUBLIQUE GABONAISE.2001. Enquête Démographique et de Santé Gabon 2000, Macro international

REPUBLIQUE GABONAISE, 1993. Recensement Général de la Population et de l'Habitation.

SCHELLENBERG D et al. Intermittent treatment for malaria and anaemia control at time of routine vaccinations in Tanzanian infants: a randomised, placebocontrolled trial. Lancet, 2001, 357(9267):147-7.

SNOW RW et al. Estimating mortality, morbidity and due to malaria among Africa non- pregnant population. Bulletin of World Health Organisation, 1999, 77(8): 624-40.

REPUBLIQUE GABONAISE. Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2004-2007.

SOULA, G et al. (1998). Evaluation de la prise en charge du paludisme au Cameroun. 1^{ère} partie : connaissances et comportement professionnel des prescripteurs, in Bull doc OCEAC 2000 ; 33(3), p15-27.

SWANTZ M.L. « community and healing among the Zaramo in Tanzania », Social Science and Medicine, 13b, 1979, pp169-173.

TALANI, P et al (1995). Prise en charge des fièvres de l'enfant à domicile dans le district rural de Bioko (Congo Brazzaville) in Santé publique, 2003, vol 15 n°4 pp485-490.

UNGER J.P et DIAO M., “ from Bamako to Kolda : a case study of medicines and the financing of district health services “, health policy and planning, 5,4, 1990, pp.367-377.

VOGEL, R.J., (1988), “Cost Recovery in the health care sector. Select country studies in West Africa”. World Bank. Technical paper N° 82, 192p.

WAMBERT MASSAMBA (2005), G, Les déterminants des recours thérapeutiques à Libreville, Mémoire, IFORD, Yaoundé, 85p.

WERY, M et COOSEMANS, M. Les coûts du paludisme et son impact socio économique en Afrique, in Cahier de santé, 1993; 3:323-30

WHO (1990), Pratical chemiothérapie of malaria, in Cahier de santé Geneva, 1993.

Site internet :

4^e conférence panafricaine de la MIM (www.mim.su.se)

5^e forum du partenariat Faire reculer le paludisme (www.rollbackmalaria.org/forumV)

[http:// www.rollbackmalaria.org](http://www.rollbackmalaria.org)

ANNEXE

```

if (v106=1) prim=1.
if (v106<>1) prim=0.
if (v106=2) secon=1.
if (v106<>2) secon=0.

factor var=  inac tech com agri cadre ouv mere pere ensem aut
res / extraction pc/criteria factors (1)/print all/save reg (1 fact).
freq fact1/Ntiles 4.
rec fact1 (lo thru -0.76=1) (-0.7599 thru 1.044=2) (1.0449 thru hi=3).

var lab fact1"pouvoir financier de la femme".
val lab fact1 1"faible" 2"moyen" 3"eleve".
fre fact1.

if (fact1=1) faible=1.
if (fact1<>1) faible=0.
if (fact1=2) moyen=1.
if (fact1<>2) moyen=0.
if (fact1=3) eleve=1.
if (fact1<>3) eleve=0.

rec v201 (1,2,3=1) (4,5,6=2) (7,8,9=3) (10 thru hi=4) (else=sysmis).
var lab v201 "parite".
val lab v201 1"par1" 2"par2" 3"par3" 4"par4".

if (v201=1) par1=1.
if (v201<>1) par1=0.
if (v201=2) par2=1.
if (v201<>2) par2=0.
if (v201=3) par3=1.
if (v201<>3) par3=0.
if (v201=4) par4=1.
if (v201<>4) par4=0.

rec v012 (15 thru 19=1) (20 thru 24=2) (25 thru 29=3) (30 thru 34=4)
(35 thru 39=5) ( 40 thru 49=6) (else=sysmis).
var lab v012 "age".

if (v012=1) age1=1.
if (v012<>1) age1=0.
if (v012=2) age2=1.
if (v012<>2) age2=0.
if (v012=3) age3=1.
if (v012<>3) age3=0.
if (v012=4) age4=1.
if (v012<>4) age4=0.
if (v012=5) age5=1.
if (v012<>5) age5=0.
if (v012=6) age6=1.
if (v012<>6) age6=0.

factor var=  par1 par2 par3 par4 age1 age2 age3 age4 age5 age6/ extraction pc/
criteria factors (1)/print all/save reg (1 factor).
freq factor1/Ntiles 4.

rec factor1 (lo thru -0.886=1) (-0.88599 thru -0.295=2) (-0.29499 thru 0.833=3)
(0.83309 thru hi=4).
var lab factor1"exp,rience".
val lab factor1 1"pasex" 2"peuex" 3"moyexp" 4"grdex".
fre factor1.

```

```

if (factor1=1) pasex=1.
if (factor1<>1) pasex=0.
if (factor1=2) peutex=1.
if (factor1<>2) peutex=0.
if (factor1=3) moyexp=1.
if (factor1<>3) moyexp=0.
if (factor1=4) grdexp=1.
if (factor1<>4) grdexp=0.

rec h22 (0,8=0) (1=1) (else=sysmis).
fre h22.
select if (h22=1).

rec pharh (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab pharh " pharcih".
if (pharh=0) phar1=1.
if (pharh <>0) phar1=0.
if (pharh=1) phar2=1.
if (pharh <>1) phar2=0.

rec cnph (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab cnph " pharmcn".
if (cnph=0) cnph1=1.
if (cnph <>0) cnph1=0.
if (cnph=1) cnph2=1.
if (cnph <>1) cnph2=0.

rec cli (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab cli " cliinq".
if (cli=0) cli1=1.
if (cli <>0) cli1=0.
if (cli=1) cli2=1.
if (cli <>1) cli2=0.

rec mil (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab mil "militer".
if (mil=0) mil1=1.
if (mil <>0) mil1=0.
if (mil=1) mil2=1.
if (mil <>1) mil2=0.

rec hop (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab hop "hopital".
if (hop=0) hop1=1.
if (hop <>0) hop1=0.
if (hop=1) hop2=1.
if (hop <>1) hop2=0.

rec cab (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab cab "cabinet".
if (cab=0) cab1=1.
if (cab <>0) cab1=0.
if (cab=1) cab2=1.
if (cab <>1) cab2=0.

rec infi (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab infi "infirmier".
if (infi=0) infil=1.

```

```

if (infi <>0) infil=0.
if (infi =1) infil2=1.
if (infi <>1) infil2=0.

rec pha (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab pha " pharmac".
if (pha=0) pha1=1.
if (pha <>0) pha1=0.
if (pha=1) pha2=1.
if (pha <>1) pha2=0.

rec smi (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab smi " santem".
if (smi=0) smil=1.
if (smi <>0) smil=0.
if (smi=1) smi2=1.
if (smi <>1) smi2=0.

rec presc (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab presc "prescri".
if (presc=0) presc1=1.
if (presc <>0) presc1=0.
if (presc=1) presc2=1.
if (presc <>1) presc2=0.

rec disp (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab disp "dispense".
if (disp=0) disp1=1.
if (disp <>0) disp1=0.
if (disp=1) disp2=1.
if (disp <>1) disp2=0.

rec sour (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab sour " lieu".
if (sour=0) soul=1.
if (sour <>0) soul=0.
if (sour=1) sou2=1.
if (sour <>1) sou2=0.

rec chlo (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab chlo " chloro".
if (chlo=0) chlo1=1.
if (chlo <>0) chlo1=0.
if (chlo=1) chlo2=1.
if (chlo <>1) chlo2=0.

rec arqu (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab arqu " arquis".
if (arqu=0) arq1=1.
if (arqu<>0) arq1=0.
if (arqu=1) arq2=1.
if (arqu<>1) arq2=0.

rec qui (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab qui " quinimax".
if (qui=0) qui1=1.
if (qui <>0) qui1=0.
if (qui=1) qui2=1.
if (qui <>1) qui2=0.

```

```

rec autre (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab autre " autrean".
if (autre=0) aut1=1.
if (autre <>0) aut1=0.
if (autre=1) aut2=1.
if (autre <>1) aut2=0.

rec dist (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab dist " distance".
if (dist=0) dis1=1.
if (dist <>0) dis1=0.
if (dist=1) dis2=1.
if (dist <>1) dis2=0.

rec moyen (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab moyen " deplace".
if (moyen=0) moy1=1.
if (moyen <>0) moy1=0.
if (moyen=1) moy2=1.
if (moyen <>1) moy2=0.

rec dure (1=0) (2=1) (else=sysmis).
var lab dure " duredep".
if (dure=0) dur1=1.
if (dure <>0) dur1=0.
if (dure=1) dur2=1.
if (dure <>1) dur2=0.

comp accegeo= dist + dure.
fre accegeo.
rec accegeo (0=0) (1,2=1) (else=sysmis).
if (accegeo=0) facil=1.
if (accegeo<>0) facil=0.
if (accegeo=1) assezf=1.
if (accegeo<>1) assezf=0.
fre accegeo.

com traite= chlo+ arqu + qui + autre.
fre traite.
rec traite (0,3=0) (1,2=1).
val lab traite 0" ntraite" 1" traim".
fre traite.

compute source= cli + mil + hop + cab + infi + pha + smi + disp.
fre source.
rec source (0=0) (1,2=1).
val lab source 0" nsour" 1" sour".
fre source.

compute prise= traite * source.
fre prise.
val lab prise 0"mauvaise" 1"bonne".
fre prise.
cro tab fact1 by v704/cells cou col row/sta 1 3 4.

fre source/sta all.
fre traite/sta all.
fre prise/sta all.

```

ACCEGEO
V024 region

Estimation terminated at iteration number 4 because
Log Likelihood decreased by less than .01 percent.

	Chi-Square	df	Significance
-2 Log Likelihood	1382.620	1027	.0000
Model Chi-Square	96.358	40	.0000
Improvement	96.358	40	.0000
Goodness of Fit	1062.850	1027	.2107

Page 352 SPSS/PC+ 10/20/ 8
Classification Table for PRISE

		Predicted		Percent Correct
		m	b	
Observed		AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA		
mauvaise	m	3 354	3 197	3 64.25%
		AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA		
bonne	b	3 218	3 298	3 57.75%
		AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA		
		Overall		61.11%

Page 353 SPSS/PC+ 10/20/ 8
----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
V026			1.9526	2	.3767	.0000	
V026(1)	.0054	.2660	.0004	1	.9839	.0000	1.0054
V026(2)	-.2903	.3084	.8861	1	.3465	.0000	.7481
V103			2.9644	3	.3971	.0000	
V103(1)	.2422	.1759	1.8966	1	.1685	.0000	1.2741
V103(2)	.3342	.2127	2.4699	1	.1160	.0178	1.3968
V103(3)	.1666	.3809	.1913	1	.6618	.0000	1.1813
V106			3.5897	2	.1662	.0000	
V106(1)	-.0673	.3636	.0342	1	.8532	.0000	.9349
V106(2)	.2714	.1487	3.3303	1	.0680	.0300	1.3118
V130			9.5490	4	.0487	.0324	
V130(1)	-.1115	.1535	.5281	1	.4674	.0000	.8945
V130(2)	.7440	.3649	4.1566	1	.0415	.0382	2.1043
V130(3)	-.5109	.9228	.3065	1	.5798	.0000	.6000
V130(4)	-.5066	.2440	4.3124	1	.0378	-.0395	.6025
V131			9.6026	8	.2940	.0000	
V131(1)	-.1729	.2028	.7268	1	.3939	.0000	.8413
V131(2)	-.3902	.2962	1.7350	1	.1878	.0000	.6769
V131(3)	-.2394	.3035	.6219	1	.4303	.0000	.7871
V131(4)	-.8430	.4834	3.0409	1	.0812	-.0265	.4304
V131(5)	-.1428	.2541	.3159	1	.5741	.0000	.8669
V131(6)	.4494	.4223	1.1323	1	.2873	.0000	1.5674
V131(7)	.8681	.6162	1.9848	1	.1589	.0000	2.3825
V131(8)	.0611	.3603	.0288	1	.8653	.0000	1.0630
V136			2.1403	2	.3430	.0000	
V136(1)	.0748	.1462	.2619	1	.6088	.0000	1.0777
V136(2)	.4473	.3097	2.0863	1	.1486	.0076	1.5641
V504			3.4897	2	.1747	.0000	
V504(1)	-.3511	.2008	3.0571	1	.0804	-.0267	.7039
V504(2)	-5.7721	8.4317	.4686	1	.4936	.0000	.0031

V505			1.1709	2	.5569	.0000	
V505(1)	-6.0319	8.4327	.5117	1	.4744	.0000	.0024
V505(2)	-5.8567	8.4314	.4825	1	.4873	.0000	.0029
V705			15.3828	6	.0175	.0478	
V705(1)	-.4391	.2454	3.2000	1	.0736	-.0285	.6446
V705(2)	-.6928	.2954	5.5008	1	.0190	-.0487	.5002
V705(3)	-.3146	.2960	1.1300	1	.2878	.0000	.7301
V705(4)	-.3034	.2308	1.7282	1	.1886	.0000	.7383
V705(5)	-.1578	.2585	.3728	1	.5415	.0000	.8540
V705(6)	-.8470	.2411	12.3395	1	.0004	-.0836	.4287
FACTOR1			7.7778	3	.0508	.0347	
FACTOR1(1)	.1863	.1689	1.2171	1	.2699	.0000	1.2048
FACTOR1(2)	-.3058	.2084	2.1534	1	.1423	-.0102	.7365
FACTOR1(3)	.2600	.1820	2.0416	1	.1531	.0053	1.2969
FACT1			.3084	2	.8571	.0000	

Page 354			SPSS/PC+				10/20/ 8
FACT1(1)	.0596	.1728	.1190	1	.7302	.0000	1.0614
FACT1(2)	-.0565	.1760	.1032	1	.7480	.0000	.9450
ACCEGEO(1)	.0512	.2037	.0632	1	.8016	.0000	1.0525
V024			14.7182	3	.0021	.0768	
V024(1)	-.9457	.3291	8.2589	1	.0041	-.0651	.3884
V024(2)	.2302	.3085	.5570	1	.4555	.0000	1.2589
V024(3)	-.1410	.2981	.2237	1	.6363	.0000	.8685
Constant	6.1518	8.4391	.5314	1	.4660		

