

■ LES MERES DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS ET ■ LE PALUDISME DANS LA VALLEE DE DANGBO AU SUD-EST DU BENIN

KINIFFO I. R.* , AGBO-OLA L.**, ISSIFOU S.***, MASSOUGBODJI A.****

RESUME

Dans l'objectif d'améliorer la lutte contre le paludisme, des investigations ont été menées auprès de 1.200 mères d'enfants de moins de cinq ans portant sur leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques en matière de paludisme dans une communauté rurale presque lacustre dans la vallée de l'Ouémé (Dangbo) au Sud-Est du Bénin. D'une façon spécifique, seulement 26,4 % des mères lient la survenue du paludisme à la piqûre de moustique bien que 97 % reconnaissent l'existence de cette affection dans le milieu sous le nom de «houévo» (soleil) ou «zozo» (fièvre ou corps chaud). Elles l'attribuent au soleil (28,5 %), à la consommation exagérée d'arachide (0,25 %), à l'envoûtement (0,01 %) et aux vers intestinaux, la rougeole et les infections pulmonaires (8,5 %). Au total 46,8 % n'avaient aucune idée de la cause de la maladie. En matière de traitement, 89,1 % des mères utilisent la nivaquine (chloroquine). Parmi elles 55 % l'utilisent à la dose prescrite. D'une manière générale, 50 %, 77,6 % et 23 % des mères interviewées ont respectivement une bonne connaissance, une bonne attitude vis-à-vis du paludisme et une bonne pratique dans la prise en charge de cette affection. Il a été observé que la connaissance de la maladie est influencée par l'âge, le niveau socio-économique, la résidence et le niveau d'instruction des mères. L'attitude des mères est influencée par leur lieu de résidence et leur niveau socio-économique. La pratique des mères face à l'accès palustre est essentiellement influencée par la connaissance. Sur la base de ces informations, un programme éducatif s'avère indispensable avec un accent particulier sur le renforcement des connaissances et la pratique des mères. Ceci doit se faire en utilisant des techniques bien adaptées (95 % de mères illétrées). Cette éducation sera soutenue par des relais communautaires (personnes ressources vivant dans le milieu) et une alphabétisation fonctionnelle.

Mots clés : Paludisme, connaissance, attitudes, pratiques, itinéraires thérapeutiques, mères d'enfants de moins de cinq ans, Bénin.

SUMMARY

Mothers of under five children and malaria in Dangbo valley in the south-eastern of Benin

In order to improve malaria control activities in a rural district of Dangbo (Ouémé valley in south-east of Benin) field trials have been carried out in 1,200 mothers of under five years children to investigate their knowledge, attitudes and practices in malaria. The main findings of this study were as followed : only 26.4 % of mothers established a link between malaria and mosquito bites, although 97 % of them knew that malaria occurs in this area under the name of «houévo» (sun) or «zozo» (fever or hot body). They attributed malaria occurring to the sun (28.5 %) groundnut (0.25 %) witchcraft (0.01 %) and intestinal parasites measles pulmonary infections (8.5 %). A total of 46.8 % of mothers reported that they did not know the cause of malaria. Nevertheless, 89.1 % of them used chloroquine to treat malaria among whom 55 % used correct doses of chloroquine. Respectively 50%, 77.6% and 23% of mothers have good knowledge of malaria, good attitudes and practices in case of malaria. Their knowledge was influenced by their age, socio-economic levels, their residences and their literacy level. Their practice was essentially influenced by their knowledge. According to this fundamental information obtained from these mothers, educational programme appears to be necessary with a great emphasis on the re-enforcement of their knowledge and practice in malaria. This could be done through an adapted teaching technique, as 95 % of mothers were illiterate. This education would be sustained by community participation and a functional education.

Key-words : Malaria, knowledge, attitudes, practice, therapeutic itineraries, mothers of under five years children, Benin.

* Ministère de la Santé, Programme National de Lutte Contre le Paludisme, Cotonou, Bénin.

** Ministère de la Santé, Direction Départementale de la Santé de l'Ouémé, Porto-Novo, Bénin.

*** Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA/SSP), 01 B.P. 1822, Cotonou, Bénin.

**** Faculté des Sciences de la Santé, B.P. 288, Cotonou, Bénin.

INTRODUCTION

Le paludisme n'est pas seulement un problème de santé publique, mais également un problème socio-économique qui touche les individus, les familles, la communauté (abandon des activités par les malades et/ou par les parents pour s'occuper des malades ce qui réduit le revenu familial ou de la communauté entière) [6, 13]. Il demeure la première cause de morbidité et de mortalité au Bénin. Ses principales victimes sont les enfants de moins de cinq ans (18 % de la population totale) et les femmes enceintes. Il a constitué en 1987, 1989 et 1990 respectivement 33,7 %, 29,4 % et 28,4 % des pathologies notifiées dans les formations sanitaires publiques du pays. Le nombre de cas cliniques de paludisme recensés augmente chaque année au Bénin. Il est passé de 92.878 cas en 1990 à 118.796 en 1991, puis 286.219 en 1992, 399.717 cas en 1993 et 646.621 cas en 1994 [11]. La prévalence est de 79,7 % chez les enfants de moins d'un an et de 30,9 % dans la tranche d'âge de 1 à 4 ans en 1991 [11]. Selon l'étude effectuée par AGOSSOU [2] dans la commune urbaine de Dangbo sur la fréquence des accès palustres au cours des épisodes fébriles, il a été établi que toute fièvre chez l'enfant devra être considérée comme accès palustre et traitée comme telle en l'absence de toute possibilité de diagnostic biologique, car chez huit enfants sur dix (80 %) la fièvre est due au paludisme. Bien que sous-estimé, le nombre de cas de paludisme situe l'ampleur de l'affection dont la prise en charge thérapeutique à domicile est prépondérante et effectuée par les mères [6, 12]. En 1996, une étude d'évaluation de la prise en charge à domicile du paludisme dans un quartier périphérique de Cotonou 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 médicamenteuses aberrantes [6].

Si les enfants de moins de cinq ans payent pour ce fléau le plus lourd tribut en vies humaines, c'est aussi l'économie de tout un pays qui s'en trouve affectée avec le coût du traitement, l'absentéisme et la baisse conséquente de la production [6, 13]. L'émergence de la chimiorésistance du Plasmodium falciparum aux antipaludiques couramment utilisés [9] et celle des moustiques à certains insecticides, tout ceci associé à l'ignorance des mères viennent aggraver la situation du paludisme principalement en milieu rural. Face à ce drame social, le Bénin timidement a initié à

partir de 1989 plusieurs activités de lutte contre le paludisme dont la lutte anti-plasmodiale à travers le financement communautaire, la lutte anti-vectorielle et l'éducation pour la santé. En dépit de tout, la prévalence du paludisme est restée toujours élevée particulièrement dans la tranche d'âge de six mois à quatre ans et chez les femmes enceintes [11].

L'examen de toutes les activités antipaludiques menées jusqu'ici montre que peu de place et d'attention ont été accordées au rôle actif que la communauté en général et plus particulièrement les mères, pourraient jouer dans la prévention et le traitement des cas simples de paludisme chez l'enfant, si l'on sait qu'à l'heure actuelle plus de 80 % des cas de paludisme sont soignés à domicile par les mères d'enfants [2, 6]. De nombreuses études faites sur les communautés vis-à-vis du paludisme ont permis d'élaborer des outils de lutte mieux adaptés et développer une meilleure stratégie faisant plus appel à la participation communautaire dans la lutte contre le paludisme [4, 7, 10, 14, 15, 19].

L'objectif de cette présente étude a été d'évaluer les perceptions, les connaissances, les attitudes et les pratiques des mères vis-à-vis du paludisme de l'enfant en vue d'améliorer les interventions et les stratégies de mise en place de lutte contre le paludisme dans le milieu.

CADRE D'ETUDE

L'étude s'est déroulée dans la sous-préfecture de Dangbo, localisée dans le département de l'Ouémé au Sud-Est du Bénin. Elle est à 54km de Cotonou et à environ 20 km de Porto-Novo le chef-lieu du département. Cette sous-préfecture est subdivisée en deux zones géographiques : le plateau et la vallée. Cette vallée est la zone la plus étendue et la plus peuplée avec 43.304 habitants sur les 59.260 que comptent la sous-préfecture, et une population d'enfants de moins de cinq ans s'élevant à 10.670. Les femmes en âge de procréer sont estimées à 14.220. Les habitants sont des paysans et des pêcheurs. C'est une zone inondable entre Juillet et Septembre de chaque année et qui comporte de nombreux bas-fonds et marécages, exutoires naturels des eaux de surface sources potentielles de larves de moustiques. Elle est arrosée par le fleuve Ouémé. La pluviométrie est supérieure à 1200 mm par an. On y distingue un climat sub-tropical avec deux saisons de pluie (mars à juin et septembre à octobre) et deux saisons sèches (juillet à août et

Novembre à Février). Le paludisme est essentiellement dû au Plasmodium falciparum qui est transmis de façon prépondérante par l'Anophèles gambiae [11]. C'est une zone hyper-endémique du paludisme. L'équipe de santé composée de 12 agents de santé de tous ordres, sert dans quatre dispensaires et trois maternités.

MATERIEL ET METHODE

L'étude a porté sur les mères d'enfants de moins de cinq ans vivant dans chacun des villages choisis dans la vallée de l'Ouémé qui compte 43.304 habitants. Elle a concerné 1.200 mères d'enfants de moins de cinq ans réparties dans trois villages choisis d'une manière aléatoire parmi les 19 villages que compte la zone de la vallée. La taille de l'échantillon a été calculée en fonction de la proportion de femmes n'ayant pas une bonne connaissance, une bonne attitude et une bonne pratique estimée à 50 %, avec une précision à 5 %, un intervalle de confiance à 95 % et un facteur d'erreur à 3.

Deux types d'outils de collecte de données ont été utilisés. Il y a le questionnaire préalablement testé et qui a permis de collecter les données socio-démographiques et économiques, les perceptions, les connaissances, les attitudes et les pratiques des mères sur le paludisme ; le deuxième outil est une grille d'observation qui a permis de collecter les données sur l'environnement immédiat des ménages interviewés.

Les enquêtes sous forme d'interview ont été menées aux domiciles des mères, de porte-à-porte par une équipe de deux chercheurs et de deux infirmiers formés à cet effet. La dernière version du document était traduite en langue locale dans le but de standardiser la manière de poser les questions constituées de deux groupes de variables :

- Variables indépendantes : lieu de résidence, âge, religion, niveau d'instruction, niveau socio-économique.
- Variables dépendantes : connaissances des mères en matière de paludisme, attitudes des mères en matière de paludisme et pratiques des mères en matière de paludisme.

Les différentes variables dépendantes ont été ensuite pondérées et catégorisées suivant les appréciations faible, moyenne et élevée ou mauvaise, assez bonne et bonne.

Les données collectées ont été manuellement codifiées et

corrigées avant d'être saisies et nettoyées dans le logiciel DBase III. Elles ont été ensuite analysées à l'aide du logiciel SPSS-PC. Le test de Khi-deux a été utilisé pour la recherche de liaison entre les différentes variables. Le seuil de signification retenu est de 5 %.

RESULTATS

Caractéristiques socio-démographiques des mères enquêtées

L'âge moyen des mères est de 28 ans, les extrêmes étant de 17 ans et 45 ans. Trois mères sur quatre ont entre 2 et 5 enfants, la moyenne se situant à trois enfants par mère.

Dans cet échantillon, trois religions prédominent, il s'agit du protestantisme(32 %), le christianisme céleste (29 %) et du catholicisme (16 %). Sur le plan du niveau d'instruction 95 % des mères enquêtées soit 1144 mères n'ont jamais bénéficié d'une forme structurée d'enseignement et ne savent ni lire, ni écrire en une quelconque langue. Il y a seulement 4 % de scolarisées et 1 % d'alphabétisées. On note une proportion de 92 % de mères soit 1107 mères ayant un niveau socio-économique faible.

Evaluation des connaissances

Sur 1200 mères enquêtées, 561 (46,8 %) n'ont pas su attribuer une cause au paludisme. Parmi celles qui ont su attribuer une cause au paludisme, 28,5 % soit 342 mères l'ont attribué au soleil et seulement 317 mères soit 26,4% des enquêtées ont su lier le paludisme à la piqûre de moustiques. Au total 888 mères soit 74 % des enquêtées ignorent que le paludisme est causé par la piqûre de moustiques. Plus de la moitié (57,8 %) des mères soit 694 enquêtées ne connaissent pas un lieu de reproduction des moustiques. Les réservoirs les plus cités sont les herbes (23,5 %), les rigoles (11,1 %) et les jarres d'eau (5,8 %). Seules 21 mères sur les 1200 enquêtées (2 %) connaissent un moyen de lutte anti-larvaire.

Parmi les mères enquêtées, deux principaux moyens de protection contre les moustiques sont connus. Il s'agit des moustiquaires citées par 1022 mères soit 85,2 % des enquêtées et les serpentins (mosquito coil) citées par 751 mères (62,6 %). Seulement trois mères (0,3 %) ont suggéré ne connaître aucun moyen de protection.

En ce qui concerne les symptômes/signes du paludisme simple cinq principaux signes sont cités par les mères. Il s'agit de la fièvre (95,3 %), de la fatigue (38 %), des

vomissements (24,1 %) des frissons (17,2 %) et les maux de tête ou céphalées (12,4 %). Chacun des quatre derniers signes est lié à l'hyperthermie.

Quant aux signes du paludisme grave, trois sont essentiellement cités par les mères : la fièvre très élevée (19 %) la fièvre associée aux vomissements (13,6 %) et la fièvre associée à la convulsion (12,3 %). On note que 28,1 % des mères n'ont aucune connaissance des signes de gravité du paludisme. Les signes comme l'ictère, l'anémie et l'asthénie sont cités par une faible proportion des mères (13,4 %). L'analyse de la connaissance des mères d'une façon globale montre que moins du quart (23 %) soit 278 mères ont une connaissance élevée du paludisme, 50 % soit 598 mères ont une connaissance moyenne du paludisme, et 27 % ont une faible connaissance du paludisme. La connaissance des mères est plus influencée par leur âge, leur niveau socio-économique et leur lieu de résidence que par leur niveau d'instruction et leur religion. En effet, les meilleurs taux d'une connaissance élevée du paludisme sont observés parmi les mères ayant un âge égal ou supérieur à 25 ans, parmi celles ayant un niveau socio-économique élevé et celles dont le lieu de résidence est plus proche d'un centre de santé.

Evaluation des attitudes des mères

Face à l'état fébrile des enfants, la plupart des mères (89 %) ont recours à la nivaquine (chloroquine). Six cent quatre-vingt quinze (695) mères soit 58 % des enquêtées préconisent l'utilisation de l'aspirine, alors que 19 % des mères préconisent la phytothérapie (décoction de plantes ou racines). Seulement 82 mères d'enfants (6,8 %) ont préconisé le recours aux centres de santé dès les premiers signes du paludisme et 37 mères (3,1 %) ont pensé à l'enveloppement humide en cas de fièvre chez l'enfant.

Face à l'aggravation des signes du paludisme chez l'enfant le recours au centre de santé est préconisé par 962 mères soit 80,2 % des enquêtées. Seulement 18 mères (1,5 %) ont recours aux guérisseurs et 213 mères (17,7 %) ont préconisé les prières ou la poursuite du traitement à la maison. Par contre 7 mères (0,6 %) suggèrent ne rien connaître.

D'une façon générale, l'évaluation de l'attitude des mères a permis de noter que plus de 3/4 des mères soit 980 ont une bonne attitude face au paludisme et 175 mères (18 %) ont une assez bonne attitude.

Nous avons observé une influence du lieu de résidence (résidence proche d'un centre de santé) et surtout du niveau socio-économique sur l'attitude des mères. Dans ce dernier

cas, plus le niveau socio-économique est élevé, meilleure est l'attitude des mères.

Evaluation de la pratique des mères

Face au paludisme, 61 % des enquêtées soit 662 mères traitent les enfants avec une dose correcte de chloroquine, alors que 39 % traitent mal le paludisme. Par ailleurs 85 % des mères disposent d'un moyen de lutte contre les moustiques et 46 % utilisent des moustiquaires en bon état dans leur ménage.

En général plus de la moitié des mères (72 %) ont une assez bonne pratique face au paludisme. Seulement 1 % des mères a une mauvaise pratique, alors que 27 % ont une bonne pratique. On note par ailleurs que la connaissance des mères influence de beaucoup leur pratique face au paludisme. En effet, les mères ayant une bonne pratique sont recrutées parmi celles qui ont une bonne connaissance du paludisme alors que celles ayant une mauvaise pratique sont rencontrées dans le groupe des mères qui ont une faible connaissance du paludisme.

Itinéraire thérapeutique en cas de paludisme

En cas de fièvre chez l'enfant les premiers réflexes de la mère sont de lui faire un enveloppement humide, lui donner de la chloroquine ou l'aspirine à la maison avant de le conduire au centre de santé pour un traitement adéquat. Si les signes persistent quelques jours après ce traitement (2 jours le plus souvent) les mères retournent voir l'agent de santé pour un ajustement du traitement. Très souvent quelques membres de la famille commencent par s'inquiéter devant les symptômes comme la convulsion, les vomissements répétés, l'anémie ou l'ictère et se mettent à rechercher la cause qu'ils lient souvent aux mauvais esprits, à l'envoûtement ce qui les oriente vers les guérisseurs herboristes ou vers les devins guérisseurs pour compléter les soins de la médecine moderne. Pour les mères, l'association des deux médecines leur donne plus de satisfaction et elles souhaitent l'utilisation des décoctions de feuilles et de racines en plus des traitements reçus au centre de santé ou faits à domicile avec les comprimés achetés au marché ou à la pharmacie. Elles supposent que lorsque la maladie a surtout une cause exogène (mauvais esprit, sorcier, fétiche) le traitement de la médecine moderne seul n'est plus suffisant, car il n'aura pas d'effet sur l'agent néfaste qui empêche la guérison. Ainsi face aux accès palustre qui persistent un peu, les mères préfèrent

recourir aux deux sources de soins pour une guérison certaine de la maladie disent-elles. C'est surtout face à la persistance des signes de gravité que les mères se réfèrent de nouveau au centre de santé.

COMMENTAIRE

Bien que les mères des enfants de moins de cinq ans aient su bien citer le paludisme comme affection dominante dans la vallée, seulement 26,4 % des enquêtées incriminent la piqûre des moustiques. Paradoxalement 85,2 % préconisent les moustiquaires pour se protéger contre les moustiques. En effet, cette protection est beaucoup plus orientée vers les nuisances des moustiques que la maladie qu'ils peuvent induire. Une proportion presque similaire (28 %) est observée par AIKINS et al. [1] en Gambie en 1993. Une proportion de 30 % a été aussi observée chez des chefs de ménage et des femmes par BARNISH G. et al. [3] en Sierra Leone en 1993. En Inde, elle varie entre 30 et 60 % selon l'étude de SHARINA S.K. et al. [17] en 1993. Des proportions nettement supérieures mais toujours inférieures à 50 % sont observées dans les études menées dans d'autres localités du Bénin et ailleurs. Ainsi on a observé en 1992 à So-Ava [7] une proportion de 37,4 %. Des proportions très élevées sont observées au Zaïre où la majorité des enquêtées (84 %) attribue la cause du paludisme au moustique (BARAZE, communication personnelle). Par contre une étude faite en 1994-1995 au Sud du Bénin (Ouidah) [14] a montré une proportion très inférieure (16,8 %). Au Nigeria, DIXON R. A. et al. [5] ont observé moins de 10 % des mères qui attribuent la cause du paludisme à la piqûre des moustiques. KROEGER et al. [8] en Amérique Latine ont noté que la connaissance de l'étiologie du paludisme et ses symptômes est meilleure de 33 à 66 % dans une zone d'intervention par rapport à une zone sans intervention.

Le corps chaud (fièvre) ou « *huevo* » en langue locale constitue pour 95,3 % des mères le signe évocateur du paludisme ou constitue la maladie paludisme. Presque les mêmes proportions (97,1 % et 93 %) sont respectivement observées par QUENUM et Coll. [14] à Ouidah au Sud du Bénin et par KINIFFO [7] à So-Ava au Sud du Bénin. Une proportion aussi élevée (86 %) a été observée par BARAZE à KINGABWA au Zaïre (communication personnelle).

La fièvre persistante, élevée constitue le principal signe de

gravité de la maladie (19 %). Quand elle est associée à la convulsion d'une part (13,6 %) et aux vomissements répétés d'autre part (12,3 %), c'est aussi un signe de gravité selon les mères. Le même constat a été observé par QUENUM et Coll. [14] qui note que le principal signe de gravité est la fièvre persistante (33,9 %) et la convulsion ou le coma vient très loin après l'anorexie, l'amaigrissement et l'ictère avec 8,9 %. Si les convulsions et le coma ne constituent pas les principaux signes du paludisme grave, c'est parce que la communauté a toujours considéré la convulsion ou le coma comme des maladies à part entière dont les causes sont plutôt attribuées aux mauvais esprits, à la sorcellerie et à l'envoûtement. Ceci oriente le recours aux soins vers les guérisseurs traditionnels ou le « *Bokonon / Vodunon* » selon les mères ou plus souvent selon le père de l'enfant.

Les mères reconnaissent la moustiquaire (85,2 %) comme le premier moyen de protection contre la piqûre des moustiques suivie des serpentins (mosquito coil) dans une proportion de 62,6 %. QUENUM et coll. [14] ont observé que 94,5 % des mères reconnaissent la moustiquaire comme le premier moyen de protection contre les piqûres des moustiques. Le même constat est fait à So-Ava [7] avec 94,7 % des mères. Les serpentins constituent le deuxième moyen de protection de lutte contre les moustiques à Ouidah [14] comme à So-Ava [7]. Au Zimbabwe [18], du fait de ne pas lier le paludisme aux piqûres de moustiques, 82 % de répondants à une enquête ont attesté ne pas utiliser de moustiquaires.

Les mères ont très peu de connaissance en matière de lutte anti-larvaire utilisant les moyens simples se trouvant dans leur environnement immédiat. Ainsi 1,7 % des mères enquêtées procèdent à l'enfoncement des objets creux dans les maisons. Cette proportion est normale dans la mesure où seulement 26,4 % des mères incriminent les moustiques comme cause du paludisme. Notre résultat est beaucoup plus proche de la proportion (2,1 %) observée par QUENUM et coll. [14].

En matière de conduite thérapeutique, 89,1 % des mères utilisent la Nivaquine (chloroquine) pour le traitement curatif du paludisme. Parmi celles-ci, 55 % l'utilisent à dose correcte. L'aspirine est également considérée par 58 % des mères comme un médicament traitant efficacement le paludisme. En effet, les propriétés anti-pyrétiques et antalgiques de cette molécule sont bien connues. Il est

alors aisément de comprendre que pour les mères l'aspirine soit considérée comme un antipaludique spécifique. Au Mali, dans une communauté de pêcheurs, TRAORE et coll. [17] ont observé une proportion semblable (90 %) de mères qui utilisent de la Nivaquine comme traitement de base du paludisme chez l'enfant. Trente quatre pour cent (34 %) ont évoqué l'utilisation de l'aspirine contre 58 % dans le cas de notre étude à Dangbo. Pour KROEGER et al. [8], la connaissance de l'utilisation d'une dose correcte d'antipaludique était très faible dans les communautés de l'Equateur, de la Colombie et du Nicaragua au début d'un projet d'intervention.

Pour l'itinéraire thérapeutique, lorsque l'enfant ou la mère présente un signe évocateur du paludisme, les premiers soins se font toujours à domicile. C'est en cas de persistance après cette automédication que l'on se rend au centre de santé. En cas de complication d'emblée ou en cas de non-amélioration de l'état de santé suite à la consultation au centre de santé, les malades sont orientés vers les tradithérapeutes, parce qu'on suppose dans ce cas que la maladie n'est pas à soigner dans un centre de santé. Les mêmes itinéraires ont été observés par QUENUM et coll. [14] en 1995 à Ouidah et également par GUEDEME et coll. [6] à Dangbo et Natitingou en 1996.

CONCLUSION

Sur les 1200 mères interviewées 97 % reconnaissent le paludisme comme affection dominante dans le milieu, mais 46,8 % n'en connaissent pas la cause. Seulement 26,4 % l'attribue à la piqûre de moustique, 28,5 % accusent le soleil, 8,5 % l'attribuent aux vers intestinaux aux infections pulmonaires et à la rougeole. Pour 0,25 % et 0,01 % les causes seraient respectivement la consommation exagérée d'arachide et l'envoûtement (sorcellerie).

Dans une proportion de 95 %, la fièvre («zozo» ou corps chaud) apparaît comme le signe cardinal du paludisme simple ou encore «fièvre femelle». La gravité du paludisme est associée à la convulsion ou aux vomissements répétés chez un enfant fiévreux.

Les mères reconnaissent la moustiquaire (85,2 %) comme le premier moyen de protection contre la piqûre des moustiques suivie des serpentins (mosquito coil) dans une proportion de 62,6 %.

En matière de conduite thérapeutique, 89,1 % des mères utilisent la Nivaquine (chloroquine) pour le traitement curatif du paludisme. Parmi celles-ci, 55 % l'utilisent à dose correcte.

Pour l'itinéraire thérapeutique, lorsque l'enfant ou la mère présente un signe évocateur du paludisme, les premiers soins se font toujours à domicile. C'est en cas de persistance après cette automédication que l'on se rend au centre de santé.

En cas de complication d'emblée ou en cas de non-amélioration de l'état de santé suite à la consultation au centre de santé, les malades sont orientés vers les tradithérapeutes. D'une façon générale 49,8 % des mères ont une connaissance moyenne en matière de paludisme, 77,6 % ont de bonnes attitudes et 23 % ont une bonne pratique face aux accès palustres.

Sur la base de ces informations recueillies, nous notons non seulement un besoin accru d'information et d'éducation des mères mais aussi une décentralisation des services de santé en les rendant plus proche des communautés. Pour cette éducation des mères, un accent doit être mis sur l'amélioration de la connaissance (vecteur de la maladie, environnement favorable à leur développement, les moyens de lutte et les formes de paludisme) et la pratique des mères (notion de groupes vulnérables, traitement du paludisme simple à la chloroquine) à travers des séances d'information d'éducation et de communication (IEC) utilisant des techniques bien adoptées compte tenu du niveau d'instruction bas des mères (95 % de mères illétrées). Pour ce faire, il faut une participation active de la communauté à travers les mères et les relais communautaires (personnes ressources vivant dans le milieu).

REMERCIEMENTS

Nous remercions les populations de Dangbo et plus particulièrement les mères d'enfants qui ont accepté faire partie de l'étude. Nous remercions également la Ministre de la santé pour l'intérêt accordé à cette étude et le CRDI (Canada). Cette étude a bénéficié du support financier de : PNUD/Banque Mondiale/TDR/OMS en 1994.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AIKINS M. K. et al.
 A malaria control trial insecticide-treated bed-nets and targeted chemoprophylaxis in a rural area of the Gambia, West Africa. Perceptions of the causes of malaria and of its treatment and prevention in the study area.
Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 1993 ; 87 suppl. 2 : 25-30.
- 2 - AGOSSOU J.
 Essai d'évaluation de deux stratégies de lutte contre le paludisme.
Thèse de Médecine, Cotonou, 1990, N°478, 59-93.
- 3 - BARNISH G. et al.
 Malaria in a rural area of Sierra-Leone. Initial results.
Annals of Tropical Medicine and Parasitology 1993 ; 87 (2) : 125-36.
- 4 - CASTILLA R. E., SAWYER D.
 Malaria rate and fate : a socio-economic study of malaria in Brazil.
Social Sciences and Medicine, 1993 ; 37 (9) : 1137-45.
- 5 - DIXON R. A. and THOMPSON J. S.
 Baseline health profiles in the E.Y.N rural health programme area of North-East Nigeria.
African Journal of Medicine and Medical Sciences June 1993 ; 22(2) : 75-80.
- 6 - GUEDEME A. et coll.
 Itinéraire thérapeutique des malades ayant soufferts du paludisme et coût du traitement à Natitingou et à Dangbo au Bénin.
 Rapport d'étude financée par le TDR/OMS, 1995, 42 p.
- 7 - KINIFFO I. R.
 Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de moins de cinq ans en matière de paludisme dans la Sous-Préfecture de Sô-Ava.
Mémoire de Santé Publique, IRSP/42/93, 1993, 130 p
- 8 - KROEGER A. et al
 Health education for community based malaria control : an intervention study in Ecuador, Colombia and Nicaragua.
Tropical Medicine and International Health, 1996 ; 1(6) : 836-46.
- 9 - LE BRAS J. ET AL.
 Chloroquine resistant falciparum malaria in Benin.
Lancet 1986, ii, 1043 -1044.
- 10 - MASSELE A. Y. et al.
- Knowledge and management of malaria in Dar-Es-Salam, Tanzania.
East African Medical Journal, 1993 ; 70 (10) : 639-42.
- 11 - MINISTÈRE DE LA SANTE
 Rapport du Programme National de Lutte contre le Paludisme, 1994, 50 p.
- 12 - N'GOUANMA N. M-T. V.
 Evaluation de la qualité de la prise en charge du paludisme à Cotonou : cas du quartier Agla.
Thèse de Médecine, Cotonou, 1997, N°747, 110 p.
- 13 - ORGANISATION DE L'UNITE AFRICAINE.
 Déclaration de Hararé sur la prévention et la lutte antipaludiques dans le contexte du redressement économique et du développement de l'Afrique.
 33ème session ordinaire, 1997 ; 1-14.
- 14 - QUENUM C. et ISSIFOU S.
 Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de moins de cinq ans vis-à-vis du paludisme dans la commune rurale de Ouakpè-Daho, au Sud du Bénin.
 Rlappor d'étude financée par le TDR/OMS, 1995, 45 p.
- 15 - REUBEN R.
 Women and malaria-special risks and appropriate central strategy.
Social Sciences and Medicine, 1993, 37(4) : 473-80.
- 16 - SHARMA S. K. et al.
 Knowledge, attitude and beliefs about malaria in a tribal area of Bastar district (Madhya Pradesh).
India Journal of Public Health, 1993 ; 37 (4) : 129-32.
- 17 - TRAORE S. et coll.
 Comportements et coûts liés au paludisme chez les femmes des campements de pêcheurs dans la zone de Sélingué au Mali.
 Rapport de Projets de Recherche Socio-économique ; N° 12 TDR, 1993 ; 51 p.
- 18 - VUNDULE C. and MHARAKURWA S.
 Knowledge, practices, and perception about malaria in rural communities of Zimbabwe..
Bulletin of WHO, 1996 ; 74 (1) : 55-60.
- 19 - YENENEH H. et al.
 Antimalarial drug utilization by women in Ethiopia : a knowledge, attitudes and practice study.
Bulletin of WHO, 1993 ; 71(6) : 763-72.