

2m11.2907.7

Université de Montréal

Pratiques et discours des mères face aux épisodes fébriles de leurs jeunes enfants à
Hwakpè-Daxo dans la région sud de la république du Bénin

par

Cosme Quenum

Département d'anthropologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en anthropologie

Août, 2000

© Cosme Quenum, 2000



Le 10/10/82

Le 10/10/82

GN
4
U54
2001
N. 025

Le 10/10/82

Le 10/10/82



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé

Pratiques et discours des mères face aux épisodes fébriles de leurs jeunes enfants à
Hwakpè-Daxo dans la région sud de la république du Bénin

Présenté par

Cosme Quenum

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Robert Crépeau
Gilles Bibeau
Pierrette Thibault

Mémoire accepté le :

Sommaire

Affection endémique en Afrique, le paludisme est l'une des principales causes de maladie et de décès chez les enfants au Bénin (MS-SNIGS, 1996). Il est engendré par l'hématozoaire unicellulaire du genre *Plasmodia* qui métabolise l'hémoglobine et transmis par des moustiques du genre *Anophèles*. L'Afrique tropicale, avec une population totale de 388 millions d'habitants, est réputée avoir le taux d'endémicité le plus élevé dans le monde (OMS/TDR, 1988).

En république du Bénin, le paludisme constitue l'une des principales causes de maladie et de décès avec 674 886 cas de paludisme simple (présumé ou confirmé) notifiés en 1998, y compris 24 410 cas hospitalisés, tous âges confondus. Chez l'enfant de moins de 5 ans, on signale 5 à 6 cas d'épisodes de paludisme par an (SNIGS, 1998). La fièvre très élevée est considérée comme un signe de gravité et, le syndrome convulsif, perçu comme potentiellement mortel surtout lorsque l'enfant est encore jeune (Roger-Petijean, 1992).

Souvent, les cas de fortes fièvres, de convulsions et des autres complications dues ou associées au paludisme sont référés aux sources de soins lorsqu'ils sont déjà désespérés. La tâche des soignants se trouve compliquée car il est trop tard pour sauver la vie des enfants souffrants. Dans un tel contexte, il n'est pas rare que les médecins et infirmiers dans les hôpitaux et les dispensaires tournent un regard accusateur vers les mères ignorant tout des enjeux qui déterminent la décision de consulter une source de soins plutôt qu'une autre pour une maladie donnée ou même de ne pas demander de soins du tout à l'extérieur de l'espace domestique. La science pure et dure ne possède certainement pas tous les instruments d'analyse nécessaires à la prise en compte globale de tout le champ de la santé.

Face à l'état de santé ou de maladie, chaque société ou population a ses perceptions et dynamiques propres qui conditionnent et orientent les itinéraires thérapeutiques choisis en vue de vaincre le mal ou d'entretenir et de maintenir la vie dans un but

implicite ou explicite de bien-être ou de santé. Au-delà donc des différents taux de prévalence, de morbidité ou de mortalité la trame sociale et /ou les arrangements familiaux et sociologiques constituent la base de la décision de consulter ou non une source de soins (Quenum, Issifou,1995).

Dans ce domaine, les anthropologues s'intéressent aux groupes et catégories d'individus auxquels incombe la responsabilité de l'entretien de la vie dans les communautés étudiées et font attention aux circonstances de recours aux spécialistes par des groupes domestiques ainsi qu'aux dynamiques sociales et culturelles reliant les groupes domestiques aux divers spécialistes locaux ou cosmopolites (Saillant, 1999).

Fondé sur l'herméneutique, le présent travail se veut un cadre pour rendre compte des modèles explicatifs et interprétatifs des mères au sujet des épisodes fébriles de leurs jeunes enfants ainsi que des démarches de demande de thérapie dans la commune rurale de *Hwakpè-Daxo* à Ouidah dans la région sud de la République du Bénin. Il se propose aussi de souligner le rôle spécifique que joue la mère du jeune enfant souffrant.

L'hypothèse de cette étude réalisée du 29 mai au 31 août 1999 est que l'explication profane ou culturelle que la mère et les autres membres du «groupe organisateur de la thérapie» donnent à la symptomatologie (signes plus ou moins graves) et à l'étiologie de la maladie détermine les réactions et les actions qui sont prises pour soigner le mal. Et trois objectifs ont été poursuivis

Les objectifs retenus sont : (1) déterminer les relations entre les systèmes de signes, de sens et d'actions dans les cas d'épisodes fébriles chez les enfants âgés de zéro à cinq ans dans la commune rurale de *Hwakpè-Daxo*, région méridionale de la République du Bénin ; (2) décrire et analyser comment s'organise la démarche de demande de soins ; (3) décrire le profil des membres du groupe organisateur de la thérapie en spécifiant particulièrement le rôle joué par les mères des jeunes enfants.

Les récits des mères sur la pathologie et sur le sens donné au mal de leur enfant

constituent les principales données collectées et analysées. Toutes les formes compliquées de la maladie ont été identifiées comme des affections redoutables reliées à des divinités. Essentiellement interprétative, l'analyse s'est inspirée des travaux de Bibeau, Corin, Janzen et Saillant. La démarche de demande de soins décrit trois tendances : (1) la mère prend la décision seule, (2) elle attend la décision du père (3) la décision est prise de concert avec les parents. Le modèle décisionnel au sujet des épisodes fébriles des enfants montre que, responsables et responsabilisées face à l'entretien de la vie et à son maintien, les femmes jouent un rôle central depuis les premiers signes de la maladie jusqu'aux contacts avec une source de soins à l'extérieur de l'espace domestique. Le père et les autres membres du groupe organisateur de la thérapie prennent les décisions de recours et ils doivent pourvoir aux moyens nécessaires.

Table des matières

<u>Sommaire</u>	i
<u>Table des matières</u>	iv
<u>Liste des figures</u>	v
<u>Liste des tableaux</u>	vi
<u>Dédicace</u>	ix
<u>Remerciements</u>	ix
<u>Introduction</u>	1
<u>1</u> <u>Bref aperçu de la République du Bénin</u>	6
<u>1.1</u> <u>Le milieu physique, économique et humain</u>	6
<u>1.2</u> <u>L'organisation sociale et politique</u>	7
<u>1.3</u> <u>L'éducation</u>	8
<u>1.4</u> <u>Les services de santé</u>	12
<u>2.1</u> <u>La circonscription administrative de Ouidah</u>	17
<u>2.2</u> <u>La commune rurale de Hwakpè-Daxo</u>	18
<u>2.2.1</u> <u>La population : histoire du peuplement et religion</u>	19
<u>2.2.2</u> <u>Les principales activités des habitants de Hwakpè-Daxo</u>	21
<u>2.2.3</u> <u>Éducation</u>	23
<u>2.2.4</u> <u>La santé et les services disponibles</u>	25
<u>Chapitre II : Cadre théorique et problématique</u>	29
<u>1</u> <u>Les éléments du cadre théorique</u>	29
<u>1.1</u> <u>Les systèmes de signes, de sens et d'action</u>	30
<u>1.2</u> <u>Le groupe organisateur de la thérapie</u>	30
<u>1.3</u> <u>Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique</u>	30
<u>2</u> <u>Prévalence du paludisme et problématique</u>	31
<u>2.1</u> <u>L'angle d'étude privilégié</u>	32
<u>2.2</u> <u>Hypothèse et objectifs de recherche</u>	33

2.2.1	<u>Hypothèse</u>	33
2.2.2	<u>Objectifs</u>	34
<u>Chapitre III : Approche méthodologique</u>		35
1	<u>Les préalables</u>	35
1.1	<u>Le directeur et les chercheurs du CREDESA/SSP</u>	36
1.2	<u>Les autorités locales de Hwakpè-Daxo</u>	37
2	<u>Collecte et édition des récits</u>	37
2.1	<u>Sélection des mères</u>	37
2.2	<u>Le consentement éclairé des sujets impliqués</u>	38
2.3	<u>Prélèvement et examen sanguins</u>	39
2.4	<u>La collecte et l'édition des récits</u>	41
2.5	<u>Analyse des récits</u>	42
2.6	<u>Difficultés de terrain</u>	43
<u>Chapitre IV : Les modèles explicatifs et la demande de thérapie</u>		45
1	<u>Les modèles explicatifs et interprétatifs</u>	45
1.1	<u>Les systèmes de signes, de sens et d'action</u>	45
1.1.1	<u>Les signes descriptifs</u>	47
1.1.2	<u>Les signes d'aggravation</u>	48
1.1.3	<u>Les signes d'amélioration</u>	51
1.2	<u>La démarche de recherche de thérapie</u>	53
1.2.1	<u>Les tendances observées</u>	54
1.2.1.1	<u>La mère prend la décision</u>	54
1.2.1.2	<u>La mère attend la décision du père</u>	55
1.2.1.3	<u>La décision est prise de concert avec les beaux-parents</u>	56
2	<u>Le groupe organisateur de la thérapie</u>	57
2.1	<u>La place du père</u>	57
2.2	<u>Le rôle central des mères</u>	59
2.3	<u>Les autres membres du groupe organisateur de la thérapie</u>	60
3	<u>Le schéma décisionnel</u>	63
<u>Chapitre V : Deux études de cas</u>		65

<u>Étude de cas 1 : Un antécédent malheureux</u>	65
<u>Étude de cas 2 : Une mère indépendante financièrement</u>	71
<u>Conclusion</u>	80
<u>Références bibliographiques</u>	82
<u>Annexes</u>	xxiii

Liste des figures

<u>Figure 1 : Une mère contemplant son enfant bien portant</u>	xi
<u>Figure 2 : Carte de la République du Bénin</u>	5
<u>Figure 3 : Carte de la circonscription urbaine de Ouidah</u>	16
<u>Figure 4 : L'approvisionnement en eau potable</u>	21
<u>Figure 5 : Une vendeuse de boule d'akassa à Hwakpè-Daxo</u>	25
<u>Figure 6 : Modèle décisionnel des premiers soins jusqu'aux contacts avec une source extérieure de soins</u>	62

Liste des tableaux

<u>Tableau I : Taux de scolarisation selon le sexe dans l'enseignement primaire.....</u>	10
<u>Tableau II : Effectif des écoles de la commune de Hwakpè-Daxo en 1999.....</u>	24
<u>Tableau III : Enfants enquêtés</u>	40

Liste des sigles et abréviations

ACDI :	Agence canadienne pour le développement international
ASC :	Agent de santé communautaire
AVS :	Agent villageois de santé
CCS :	Complexe communal de santé
CEP :	Certificat des études primaires
CFA :	Communauté financière de l’Afrique
CHD :	Centre hospitalier départemental
CHU :	Centre hospitalier et universitaire
CNHU :	Centre national hospitalier et universitaire
CREDESA :	Centre régional pour le développement et la santé
CSCU :	Centre de santé de la circonscription urbaine
CSSP :	Centre de santé de la sous-préfecture
CVS :	Comité villageois de santé
DAPS :	Direction de l’analyse, de la prévision et des statistiques
DSF :	Direction de la santé familiale
DTHO :	Direction du tourisme et de l’hôtellerie
EDS-B1 :	Enquête démographique et de santé – Bénin
INSAE :	Institut national de la statistique et de l’analyse économique
MSP :	Ministère de la santé publique
PEV :	Programme élargi de vaccination
PNUD :	Programme des Nations - Unies pour le développement
PIRATTES :	Projet intégré de recherche sur les techniques traditionnelles d’extraction du sel
OMS :	Organisation mondiale de la santé/ Planification familiale
RGPH :	Recensement général de la population et de l’habitat
SMI/PF :	Soins maternels
SNIGS :	Service national d’information et de gestion sanitaire

SSGI :	Service des statistiques et de gestion de l'information
TDR :	Training and Tropical Diseases Research Program (Programme spécial Banque mondiale/PNUD/OMS de formation et de recherche sur les maladies) tropicales
UNICEF :	Fonds des Nations - Unies pour l'Enfance
USAID :	Agence américaine pour le développement international
UVS :	Unité villageoise de santé

Dédicace

Je dédie ce mémoire à :

Epiphanie, mon épouse, Sito, Hossé, Fèmi, Akpédjé, nos enfants qui ont souffert de mille manières de la séparation imposée par l'aventure de mes études à Montréal;

Toutes les personnes de bonne volonté qui travaillent courageusement et honnêtement pour le mieux-être des hommes, des femmes et des enfants dans le monde.

Remerciements

Mes études pour le programme de maîtrise en Anthropologie de la santé ainsi que la recherche de terrain ont été entièrement et exclusivement financées par le programme spécial PNUD/ Banque mondiale/ OMS de formation et de recherche sur les maladies tropicales. Je voudrais exprimer ma profonde reconnaissance à cette institution.

Le professeur Gilles Bibeau a accepté de superviser mon travail de recherche et de rédaction du mémoire de maîtrise. Il a été plus qu'un simple directeur. Confronté aux rigueurs de l'hiver québécois, aussitôt venu du chaud et bienfaisant soleil de l'Afrique des tropiques, j'ai été l'objet de bien des attentions de sa part pour une rapide adaptation au nouveau contexte. Qu'il trouve ici, avec le professeur Ellen Corin, son épouse, l'expression de ma vive gratitude.

Boniface Bahi et Madame Lise Duplessis ont été à la fois témoins et complices de mon adaptation au froid et à l'environnement des études. Merci à vous du fond du cœur.

Pour mener à bout cette aventure, j'ai bénéficié de la sollicitude et de l'amitié d'un nombre incalculable de personnes en Afrique et au Canada. Je ne veux pas prendre le risque de faire des omissions graves. C'est pourquoi, sous le sceau de l'anonymat, je voudrais prier toutes les personnes à qui je suis redevable à un titre ou à un autre d'accepter mon humble et sincère merci.

Une mention spéciale toutefois pour le professeur Eusèbe Althonou, directeur du CREDESA/SSP à Pahou au Bénin, le professeur Roland R. Tremblay et son épouse au centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), le professeur Honorat Aguessy de l'Institut de développement et d'échanges endogènes à Ouidah, mes amis et frères Marcollin Gangbé et son épouse, Evaristo Djivoh, Fabien Houéto, Sylvie Domingo, Christians Leite, Samba Diop.

Avant-propos

L'écriture de certains mots, notamment les noms de lieu et de groupes linguistiques, diffère d'une page à l'autre de ce mémoire. Ce manque d'harmonisation répond à mon souci de reproduire les mots tels que les ont écrits les auteurs cités. Par exemple Soglo (1995) a respecté la transcription avec les lettres et les symboles utilisés et diffusés par la direction de l'alphabétisation, alors que Bourgoignie (1972), Cornevin (1970) et l'administration en général (MPREPE, 1996; MSP, 1998) transcrivent en français des noms qui sont parfois difficiles à identifier par les personnes ou les groupes qu'ils désignent. Avec l'option de la direction de l'alphabétisation, les mots écrits sont parfaitement lisibles et compréhensibles par les personnes qui sont alphabétisées dans les langues. J'ai dû, retenir, pour ma part aussi, ces caractères identifiables et facilement lisibles par les natifs. Ainsi dans mon texte, les mots *Xwéda*, *Hwakpè-Daxo*, *Gbéxonou* ont remplacé *Houéda*, *Houakpè-Daho*, *Gbéhonou* etc qui sont l'héritage de la transcription en français des mêmes mots et expressions. Avec les caractères conventionnels de la direction de l'alphabétisation, le lecteur averti a plus de chances de prononcer les mots tels que le font les locuteurs natifs et les autres usagers des langues transcrites. Ce n'est donc pas une fantaisie de ma part d'écrire le même mot de différentes façons dans un même texte.

Figure 1 :Une mère contemplant son enfant bien portant

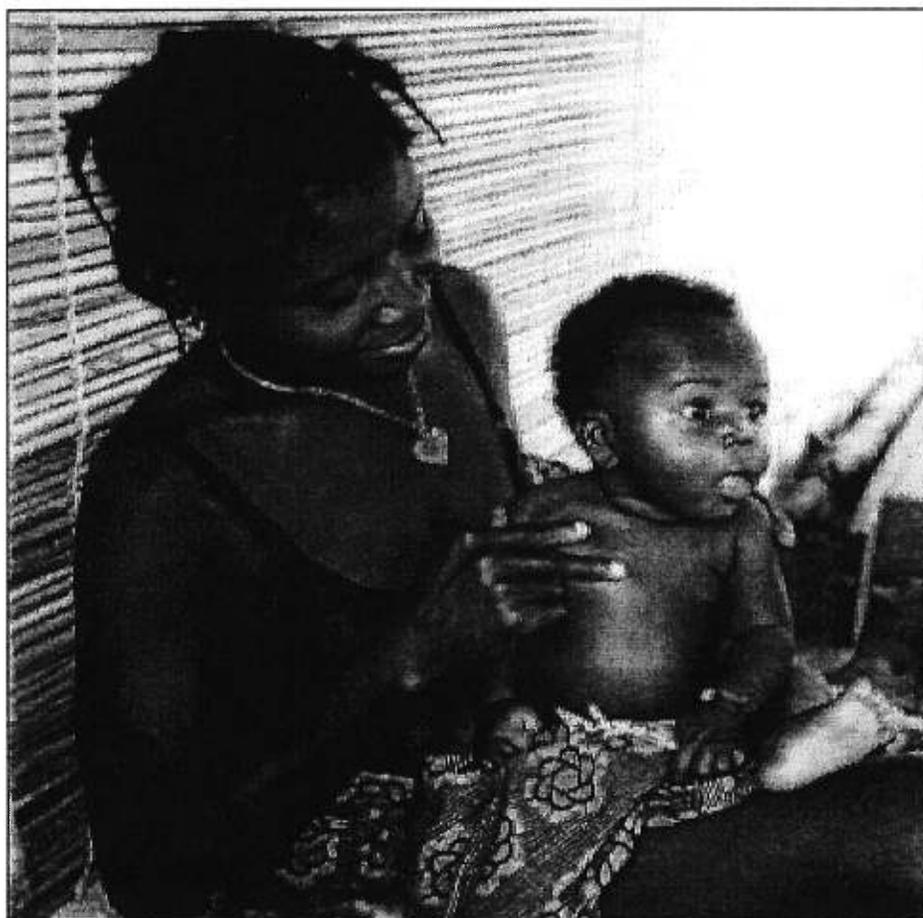


Photo : C. QUENUM, 1999

Introduction

Affection endémique en Afrique, le paludisme est l'une des principales causes de maladie et de décès chez les enfants au Bénin (MS-SNIGS, 1996). Il est engendré par l'hématozoaire unicellulaire du genre *Plasmodia* qui métabolise l'hémoglobine et transmis par des moustiques du genre *Anophèles*. L'Afrique tropicale, avec une population totale de 388 millions d'habitants, est réputé avoir le taux d'endémicité le plus élevé dans le monde. Le nombre total de cas actifs et d'autres types de paludisme est estimée à 210-220 millions. Au moins un million d'enfants âgés de 1 à 14 ans meurent chaque année, dans cette partie du monde, à cause du paludisme compliqué par des problèmes nutritionnels ou autres* (OMS/TDR, 1988).

En république du Bénin, le paludisme constitue l'une des principales causes de maladie et de décès avec 674 886 cas de paludisme simple (présumé ou confirmé) notifiés en 1998, y compris 24 410 cas hospitalisés, tous âges confondus. L'incidence moyenne du paludisme simple est de 113 pour 1000 habitants. Elle est nettement plus élevée chez les enfants : 397 pour 1000 enfants de moins de 1 an et 182 pour 1000 enfants de 1 à 4 ans. Pour les cas de neuro-paludisme, on en dénombre 12 415 dont 4118 hospitalisés. Chez l'enfant de moins de 5 ans, on signale 5 à 6 cas d'épisodes de paludisme par an au Bénin (SNIGS, 1998). La fièvre très élevée est considérée comme un signe de gravité et le syndrome convulsif est considéré comme potentiellement mortel surtout lorsque l'enfant est encore jeune (Roger-Petijean, 1992).

Souvent, les cas de fortes fièvres, de convulsions et des autres complications dues ou associées au paludisme sont référés aux sources de soins lorsqu'ils sont déjà désespérés. Dans un tel contexte, la tâche des soignants se trouve compliquée et il est trop tard de sauver la vie des enfants souffrants. Il n'est pas rare que les médecins et

* Traduction libre

infirmiers dans les hôpitaux et les dispensaires tournent un regard accusateur vers les mères comme si, celles-là mêmes, qui ont vocation de donner la vie et de l'entretenir, étaient suspectées de la compromettre ou de la mettre en danger. Mais cherche-t-on seulement à connaître les enjeux qui déterminent la décision de consulter une source de soins plutôt qu'une autre pour une maladie donnée ou même de ne pas demander de soins du tout à l'extérieur de l'espace domestique ? La science pure et dure ne possède certainement pas tous les instruments d'analyse nécessaires à la prise en compte globale de tout le champ de la santé.

Face à l'état de santé ou de maladie, chaque société ou population a ses perceptions et dynamiques propres qui conditionnent et orientent les itinéraires thérapeutiques choisis en vue de vaincre le mal ou d'entretenir et de maintenir la vie dans un but implicite ou explicite de bien-être ou de santé. Au-delà donc des différents taux de prévalence, de morbidité ou de mortalité la trame sociale et /ou les arrangements familiaux et sociologiques constituent la base de la décision de consulter ou non une source de soins (Quenum, Issifou,1995).

La décision même de recourir à une forme particulière de thérapie ainsi que l'instance qui prend cette décision obéissent à des critères complexes que la seule approche «scientifique» pure et dure, objectivante à tout prix, ne parvient pas à saisir dans toute sa richesse ni à intégrer de manière satisfaisante au contexte socioculturel. D'ailleurs, s'en préoccupe-t-elle vraiment ? «L'anthropologie est attentive à recenser les modèles dominants d'explication des problèmes qui ont cours dans la communauté et à restituer ceux-ci sur l'arrière-fond des systèmes interprétatifs auxquels la communauté a couramment recours pour donner sens aux différentes réalités de son univers quotidien» (Corin et al,1990)

Dans ce domaine, les anthropologues s'intéressent aux groupes et catégories d'individus auxquels incombe la responsabilité de l'entretien de la vie dans les communautés étudiées et font attention aux circonstances de recours aux spécialistes

par des groupes domestiques ainsi qu'aux dynamiques sociales et culturelles reliant les groupes domestiques aux divers spécialistes locaux ou cosmopolites (Saillant, 1999). En Afrique, en général, «chaque fois qu'un individu ou un groupe d'individus est malade, un *groupe organisateur de la thérapie se constitue*. Différents parents maternels et paternels, et éventuellement leurs amis et leurs associés, s'unissent dans le but d'examiner minutieusement les informations disponibles, d'apporter leur support moral, de prendre les décisions qui s'imposent et de mettre au point les détails de la consultation thérapeutique» (Janzen, 1995). Ce phénomène du «*groupe organisateur de la thérapie*» observé dans le bas-Zaïre peut être considéré, selon Janzen lui-même, comme un concept générique qui a probablement des correspondants universels dans toutes les sociétés. Dans une communauté rurale au sud de la République du Bénin (Afrique de l'ouest), il est apparu par exemple que, en l'absence du père, lorsque survient une crise grave chez un enfant atteint de paludisme, la mère ne peut pas prendre unilatéralement la moindre décision quant à la source de soins à consulter (Quenum et Issifou, 1995). Et pourtant, dans la réalité, les mères disposent de multiples stratégies pour influencer ou même contrôler le processus de la prise de décision. A ce titre, elles méritent une attention particulière dans la prise en charge des enfants malades.

La plupart des études sur les épisodes de fièvre et/ou de paludisme se limitent le plus souvent aux aspects reliés à la morbidité et à la mortalité ou s'intéressent au coût social de la maladie pour les familles ou la société. Même celles qui se proposent de mettre l'accent sur la dimension culturelle finissent aussi par insister sur des considérations qui abordent très superficiellement le nombre d'acteurs impliqués dans les prises de décision ainsi que les scénarios décisionnels selon que le malade est un homme ou une femme, de rang social élevé ou modeste. Diallo (1998), a passé en revue :

- les connaissances du paludisme du point de vue épidémiologique, clinique et biologique ;
- les différentes stratégies de lutte préconisées par l'OMS;

- les connaissances sur le paludisme recueillies auprès des sociétés traditionnelles par les socio-anthropologues ;
- les différents niveaux de prise en charge du paludisme par les mères et les familles ;
- les facteurs susceptibles d'influencer les connaissances des femmes et leur comportement devant la fièvre présumée palustre de leurs enfants.

Agyepong (1992) puis Agyepong et Anderson (1994) ont abordé quelques aspects culturels de la perception du paludisme ou de la prise en charge de la fièvre au Ghana à la fois dans la grande région d'Accra et dans la ferme d'Adangbé. Agyepong (1992) rapporte quelques perceptions et pratiques ethnomédicales reliées au paludisme dans la communauté rurale d'Adangbé et les implications pour le contrôle. Le diagnostic et à la prise en charge de la fièvre dans l'espace domestique dans la grande région d'Accra résume la contribution de Manderson et Agyepong (1994). Les deux auteurs fournissent des renseignements utiles sur l'appellation locale de la maladie ainsi que les perceptions et pratiques locales reliées au paludisme. Au sujet du traitement de la maladie, notamment chez les enfants, ils ont souligné le rôle de la mère.

Fondé sur l'herméneutique, le présent travail se veut un cadre pour rendre compte des modèles explicatifs et interprétatifs des mères au sujet des épisodes fébriles de leurs jeunes enfants ainsi que des démarches de demande de thérapie dans la commune rurale de *Hwakpè-Daxo* à Ouidah dans la région sud de la République du Bénin. Il se propose aussi de souligner le rôle spécifique que joue la mère du jeune enfant souffrant. Cinq chapitres en constituent l'ossature. Traitant du contexte général de l'étude, le premier chapitre présente à grands traits la république du Bénin et y situe le cadre local, *Hwakpè-Daxo*, et ses principales caractéristiques. Le cadre théorique de l'étude et ses objectifs font l'objet du deuxième chapitre qui expose quelques idées forces des auteurs qui ont inspirée l'approche méthodologique retenue pour le travail. Les principales étapes de l'étude ainsi que les démarches et procédures suivies sont exposées dans le troisième chapitre consacré à l'approche

méthodologique. Les modèles explicatifs et la demande de thérapie sont présentés dans le quatrième chapitre pendant que le cinquième et dernier chapitre traite de deux études de cas.

Figure 2 : Carte de la République du Bénin



Chapitre I : Le contexte général de l'étude

La présente étude a été réalisée à Hwakpè-Daxo, une commune dans la région sud de la république du Bénin en Afrique de l'ouest. Le premier chapitre expose les principales caractéristiques avant de s'attarder un peu au caractère spécifique du contexte local de Hwakpè-Daxo.

1 Bref aperçu de la République du Bénin

1.1 Le milieu physique, économique et humain

Située sur la côte du Golfe du Bénin en Afrique de l'ouest, la république du Bénin, s'étend entre le 6°30 et 12°30 Latitude Nord et entre 1°et 3°40 Longitude Est. Elle couvre une superficie totale de 114 763km²¹ et présente un relief peu accidenté. Limité au Nord par la République du Niger, au Nord-Ouest par le Burkina Faso, à l'Est par la République Fédérale du Nigeria, à l'Ouest par le Togo et au Sud par l'Océan Atlantique avec une façade maritime de 125 km, le Bénin, anciennement connu sous le nom de Dahomey, est un pays en pleine mutation. Colonie française dès janvier 1894, il fut proclamé république du Dahomey en 1958 et accéda à la souveraineté nationale le 1^{er} août 1960. Il devient République populaire du Bénin le 30 novembre 1975 sous un régime militaire et marxiste à parti unique.

Au début de l'année 1990, le Bénin entre dans une ère de renouveau démocratique qui fait du pays l'un des pionniers du multipartisme en Afrique. Le pays présente des caractéristiques démographiques, culturelles, économiques et socio-sanitaires spécifiques. La population totale est estimée à 5 779 966 habitants en 1997 et le taux de croissance 1990-2002² est de 2,74 % (UNICEF, 1998). On dénombre au

¹ Deuxième recensement général de la population et de l'habitat (Février 1992).

² Selon les prévisions démographiques des Nations-Unies, la population du Bénin sera de 10 millions d'habitants en 2020 (UNICEF 1998).

Bénin plus de 60 groupes socioculturels dont les plus importants numériquement sont les *Fon*³, les *Baatombu* et les *Yoruba*.

1.2 L'organisation sociale et politique

Sur le plan politique, la république du Bénin est régie par un multipartisme intégral où foisonnent plus d'une centaine de formations politiques. Le pouvoir exécutif est exercé par un président de la république, élu au suffrage universel direct pour une période de cinq ans renouvelable une seule fois. Une assemblée nationale, élue pour quatre ans, légifère et contrôle l'action du gouvernement. L'administration territoriale repose sur une structure pyramidale avec le département (12)⁴, la sous-préfecture ou circonscription urbaine (77), la commune (568) et le village ou le quartier⁵ (5000). Il y a une coexistence entre les religions traditionnelles et les religions monothéistes avec souvent un syncrétisme religieux.

La base de l'économie béninoise est l'agriculture mais le secteur tertiaire prend de plus en plus d'importance. La production vivrière occupe 70% des actifs agricoles et le coton constitue la première culture de rente. Environ 46% des ménages ruraux sont pauvres durant une partie de l'année et 4% sont pauvres toute l'année, ce qui traduit une grande vulnérabilité à la pauvreté conjoncturelle avec une pauvreté structurelle plus faible (PNUD, DAPS, 1996). Le seuil de pauvreté est de 56.500

³ Les groupes Fon, Yoruba et Baatombu constituent respectivement, 42 %, 12 % et 7% de la population du Bénin.

⁴ Aux termes des dispositions de la Loi 97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin, le nombre de départements est passé de 6 à 12.

⁵ A la tête des départements, des circonscriptions urbaines et ou sous-préfectures le gouvernement nomme respectivement des préfets et des sous-préfets. Au niveau des communes, les populations élisent des maires. Mais une loi sur la décentralisation préconise l'élection de maires et de conseils municipaux dans les communes.

FCFA (environ 100 \$.US) en milieu rural et de 135.100 FCFA (200\$. US environ) en milieu urbain par adulte et par an.

1.3 L'éducation

En République du Bénin, le taux brut de scolarisation dans l'enseignement primaire est de 59 % et de 2% dans l'enseignement préscolaire. Le taux d'alphabétisation des adultes est de 23 %. Ainsi, sur quatre adultes, trois sont analphabètes. En 1992, 71,4 % des Béninois sont analphabètes contre 77,2 % en 1977. Le taux d'analphabétisme est très élevé au sein des ménages dont 72,6% des membres n'ont reçu aucune éducation formelle⁶. Des disparités majeures déterminent le profil de l'éducation du Bénin : celle qui existe entre les filles et les garçons et celle qui sépare, dans ce domaine comme dans tant d'autres, les villes des campagnes. En effet, 81,7% des ruraux sont analphabètes contre 53 % des citadins. La proportion des personnes n'ayant reçu aucune instruction est égale à 94 % chez les femmes âgées de 65 ans et plus, alors qu'elle est de 59 % chez les adolescentes de 15 à 19 ans. Chez les hommes, 86 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont sans instruction tandis que cette proportion est de 36 % dans le groupe d'âge des 15 à 19 ans.

Pour les personnes de six ans et plus (l'âge officiel d'entrée à l'école primaire est six ans) 47% des personnes de sexe masculin n'ont reçu aucune instruction formelle en 1996. Chez les femmes, cette proportion s'élève à 71 % (EDS-B1, 1996). Seule une minorité de jeunes ruraux ont accès à l'école. Dans le contexte de cette double inégalité, les filles rurales sont les plus exclues de l'institution scolaire (UNICEF, 1996). Le taux brut de scolarisation primaire des filles demeure en effet de loin inférieur à celui des garçons. Le RGPH sous-évalue fortement le niveau de

⁶ 84,6% des membres de sexe féminin sont analphabètes contre 60% de ceux de sexe masculin) (M.SP:1996.

scolarisation par rapport au Ministère de l'Éducation nationale qui signale 64,7% de taux brut global de scolarisation dans le primaire en 1994. Alors que le RGPH estime le taux de scolarisation à 36,8 % pour les filles et à 61,4 % pour les garçons en 1992, pour le Ministère de l'Éducation nationale ce taux atteint respectivement 42,6 % et 75,3 %. Il semble en fait que les deux sources prennent en compte des réalités différentes. Le ministère quantifie l'inscription des enfants dans le cycle primaire. Le recensement, pour sa part, ne tient compte que de la population infantine sachant lire et écrire et ayant déclaré fréquenter l'école au moment du recensement. Les différences enregistrées pourraient donc correspondre à l'illettrisme consécutif à l'abandon scolaire après une ou deux années d'école, phénomène fréquent surtout pour les filles.

Le tableau I ci-après présente le taux de scolarisation selon le sexe dans l'enseignement primaire au Bénin.

Les données de ce tableau doivent être appréciées avec prudence. Bien qu'elles soient présentées comme des données, il est difficile de considérer comme fiables des proportions de 103 %, et de 107%. Il reste vrai toutefois que la différence sexuelle s'accroît à mesure que s'élève le niveau d'instruction. La proportion des femmes ayant un niveau d'instruction primaire est de 7,2 % contre 12,7 % pour les hommes, mais 2,1 % des femmes ont un niveau secondaire contre 4,3 % chez les hommes. Parmi les diplômés de l'enseignement supérieur, on compte seulement une femme pour 5 hommes. Cette situation s'explique par des pesanteurs sociologiques et par des nécessités économiques de plus en plus contraignantes. Les filles constituent en effet une main d'œuvre d'appoint essentielle pour les mères qu'elles aident aux travaux domestiques, au gardiennage des enfants plus jeunes qu'elles, et au petit commerce qui permet souvent d'améliorer l'ordinaire familial. Dans les zones rurales, les parents, notamment les pères sont réticents à envoyer leur fille à l'école, pensant *qu'une fille instruite a tendance à s'émanciper au détriment du groupe et à adopter des comportements contraires aux normes sociales dominantes* (UNICEF, 1996).

Tableau I : Taux de scolarisation selon le sexe dans l'enseignement primaire.

		1990-91	1991-92	1993-1994*
Atacora	G	49,56 %	53,05 %	54,8 %
	F	22,25 %	24,51 %	27,55 %
Atlantique	G	78,33 %	80,34 %	109,24 %
	F	53,27 %	55,5 %	75,79 %
Borgou	G	46,39 %	50,58 %	45,74 %
	F	26,33 %	29,36 %	27,47 %
Mono	G	66,16 %	71,02 %	83,19
	F	26,36 %	29,15 %	38,35
Ouémé	G	103,19 %	107,58 %	99,94 %
	F	56,72 %	58,69 %	58,08 %
Zou	G	78,73 %	84,55 %	83,63 %
	F	42,47%	47,03 %	48 %
Ensemble	G	71,41 %	75,32 %	80,39 %
	F	39,87 %	42,65 %	47,6 %
	T	56,53 %	59,91	64,7 %

Source : USAID Préliminaires 1994 tiré de Femmes et enfants, avenir du Bénin, UNICEF, 1996.

* Pour 1994, la population scolarisable est une projection de l'INSAE.

Toutefois, l'État tente depuis quelques années d'encourager, par une série de mesures, la scolarisation des filles. Et c'est la tendance inverse qui s'observe à présent. Les filles sont exonérées des frais de scolarité en milieu rural. Aussi, les parents envoient-ils de plus en plus les filles à l'école, préférant garder les garçons pour qui il faudrait payer s'ils y allaient. La proportion des personnes non instruites diminue des générations les plus anciennes aux générations les plus jeunes.

Le système officiel d'enseignement comprend un secteur public largement majoritaire et un secteur privé⁷ plutôt confiné. Il est divisé en plusieurs niveaux d'enseignement :

- le niveau préscolaire d'une durée de deux ans reçoit théoriquement les enfants de trois à cinq ans. Mais en réalité, 2% seulement des enfants de cette tranche d'âge fréquentent les écoles maternelles ;
- l'enseignement primaire, d'une durée de six ans, accueille les enfants à partir de cinq et six ans. Le cursus primaire est sanctionné par le certificat d'études primaires (CEP) ;
- l'enseignement secondaire comprend deux branches : l'enseignement général et l'enseignement technique et professionnel ;
- l'enseignement supérieur est assuré par l'Université Nationale du Bénin, ainsi que par les grandes écoles et les instituts spécialisés de formation.

Des tentatives pour améliorer le niveau général d'éducation de la population ont été faites depuis longtemps au Bénin. Plusieurs activités sont ainsi menées dans le cadre de l'éducation dite "non formelle", en particulier dans le domaine de l'alphabétisation des adultes et de la formation des jeunes.

D'autres types de formations destinées à améliorer le niveau d'information des femmes sont également pris en charge par une série d'institutions étatiques, d'organisations internationales, d'ONG nationales et internationales et d'organisations religieuses (UNICEF, 1996). Visant toutes à améliorer l'état sanitaire des populations et plus spécialement celui des mères et des enfants, beaucoup de ces structures orientent leurs activités vers deux axes principaux :

les activités médico-sanitaires : éducation nutritionnelle, soins de santé maternelle et infantile, consultations pré et post natale, planification familiale ;

⁷ Le secteur privé est en pleine expansion dans les grandes villes du pays (Cotonou, Porto-Novo, Parakou, Abomey...)

les activités de développement communautaire : production vivrière, commerce, transformation de produits agricoles, production artisanale, micro-projets permettant de financer l'achat de matériel de transformation des produits agricoles.

Si leurs efforts sont loin d'être négligeables, la multiplicité et l'hétérogénéité de ces institutions de prise en charge limitent leur efficacité et atomisent les structures de dynamisation du milieu rural.

1.4 Les services de santé

L'offre en matière de services de santé est diversifiée. Il y a les soins modernes offerts par un secteur public dominant et un secteur privé en expansion surtout dans les villes. Il y a également les soins traditionnels avec les thérapeutes herboristes ou les responsables de culte. Les revendeurs de médicaments sur le marché et des paramédicaux dont plusieurs sont sans qualification s'ajoutent aux églises réformistes et autres mouvements religieux naissants pour compléter la liste des services de soins disponibles et sollicités par la clientèle en quête de thérapie. La médecine traditionnelle est essentiellement végétale au Bénin. Les médicaments, les poisons, les antidotes, sont tous extraits des plantes. Les guérisseurs ou *Amawato*⁸ ont une connaissance expérimentale et en exploitent les feuilles, les fleurs, les fruits, l'écorce et les racines (Quenum, 1983). La médecine traditionnelle est fondée sur une conception de l'homme et de sa maladie, totalement différente de celle de la médecine moderne. La nature complexe de l'être humain, l'unité entre l'homme et la nature constituent les fondements de sa thérapie. A ce titre, elle est incontournable au Bénin où les thérapeutes traditionnels sont très nombreux et leurs services très sollicités par les patients simultanément ou alternativement avec les prestations de la médecine moderne. Les thérapeutes traditionnels sont supposés savoir trouver l'origine de la maladie et prévoir le degré de gravité et la durée de l'affection. De

⁸ Cette expression, littéralement signifie faiseurs de feuilles et est utilisée pour désigner le guérisseur.

plus, ils ont une excellente connaissance du milieu. Dans la taxinomie populaire, certaines affections relèvent du domaine exclusif de la médecine traditionnelle et échappent de fait au domaine de compétence de la médecine moderne. Des déclarations officielles, dès 1972, ont encouragé la collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne. Mais les démarches pratiques dans ce sens restent très peu développées. Une expérience de collaboration entre thérapeutes traditionnels et médecins dans des formations sanitaires pilotes s'est soldée par un échec, du fait de la méfiance des uns et de la condescendance des autres.

L'organisation opérationnelle du système de santé (dans le secteur public moderne) repose sur une structure pyramidale calquée sur le découpage administratif et comporte trois niveaux de services de santé : le niveau national, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique (UNICEF, 1996).

Le niveau national : l'espace CHU comprend le centre national hospitalier et universitaire (CNHU), le centre hospitalier national de psychiatrie et le centre national hospitalier de pneumo-physiologie. L'espace CHU est l'établissement national de référence pour les soins, l'enseignement et la recherche. Il dispose entre autres d'une clinique universitaire de pédiatrie, d'une clinique universitaire de gynécologie-obstétrique et d'un service de néonatalogie. Il est géré par un personnel administratif important et représente le niveau tertiaire des soins. Les services de santé au niveau national comportent aussi les programmes spécifiques tels que le programme national de lutte contre le paludisme, le programme national de lutte contre la tuberculose, le programme national de lutte contre le SIDA et le programme élargi de vaccination.

Le niveau intermédiaire est constitué par le centre hospitalier départemental⁹ (CHD) qui sert de référence aux structures périphériques et assure le

⁹ Le pays compte 5 CHD, 84 CSSP ou CSCU, 312 CCS et 371 UVS. Dans les faits, 220 CCS

perfectionnement des agents de santé. Il comprend un personnel médical et des services spécialisés : médecine, pédiatrie, chirurgie, gynécologie-obstétrique, laboratoire, radiologie.

Le niveau périphérique comprend trois niveaux : le centre de santé de sous-préfectures (CSSP) et de circonscription urbaine (CSCU) ; le complexe communal de santé (CCS)¹⁰ et l'unité villageoise de santé (UVS). En réalité, ce schéma reste plutôt théorique et fait partie d'un idéal à atteindre.

Le CSSP ou CSCU, implanté au chef-lieu de la circonscription administrative, est dirigé par un médecin. Il doit disposer d'un plateau technique suffisant (laboratoire, bloc opératoire) etc. pour assurer un rôle de premier niveau de référence à partir des CCS. Il assure la supervision des CCS relevant de son ressort.

Le complexe communal de santé (CCS), implanté au chef-lieu de la commune, est composé d'un dispensaire et d'une maternité. Il fonctionne sous la responsabilité d'un infirmier (une infirmière) et d'une sage femme.

L'unité villageoise de santé (UVS) est animée par des bénévoles du village, matrones et secouristes. Ces matrones et secouristes, encore appelés agents villageois de santé¹¹(AVS) ou agents de santé communautaire (ASC), sont chargés des soins curatifs élémentaires, de la surveillance des grossesses et des accouchements normaux. Les UVS fonctionnent sous la responsabilité des comités villageois de santé (CVS). Un dixième seulement des quartiers de ville et des villages du pays est couvert par les UVS.

seulement, soit 71 % des 312 sont conformes aux normes. Quant aux CSSP, au nombre des 84 théoriquement existants, 19, soit 22,6% sont conformes aux normes.

¹⁰ Ce schéma reste théorique. Dans la pyramide sanitaire nationale, les communes ne sont pas toutes dotées d'infrastructures physiques pour abriter des CCS.

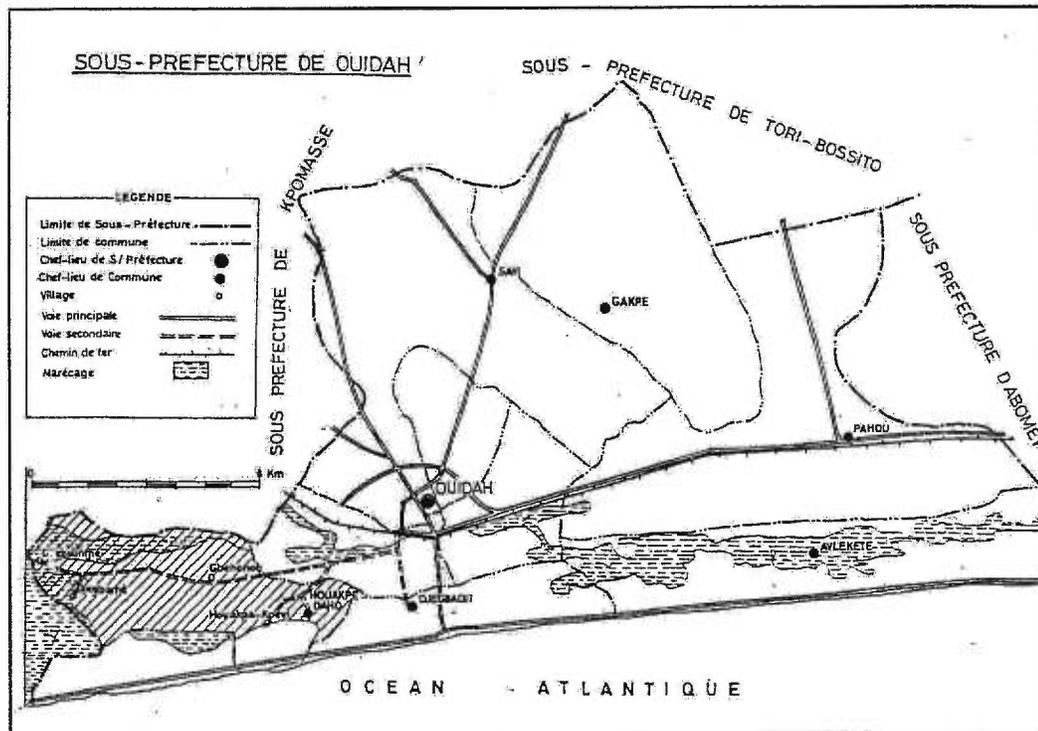
¹¹ Les Agents Villageois de Santé (AVS) sont des agents recrutés au niveau de la communauté et qui ont reçu une formation pour des soins très élémentaires avec distribution des médicaments conséquents à partir de vidéogrammes qui sont des cryptogrammes et qui se rapportent aux affections les plus courantes.

Une réforme est en cours dans le sens d'une meilleure décentralisation et vise à rendre plus opérationnels les services de santé en créant des zones sanitaires en lieu et place des districts sanitaires ¹² prévus, selon les normes de l'organisation mondiale de la santé (OMS), pour couvrir le territoire de l'entité administrative. Mais en attendant la mise en œuvre effective des zones sanitaires, la situation sanitaire demeure préoccupante, considérée du point de vue des besoins. En milieu rural, les services publics n'existent pas partout et il y a rarement des services privés ; en milieu urbain, les connaissances populaires en phytopharmacopée sont peu développées et les ressources difficiles à obtenir mais les médicaments de qualité douteuse sont plus accessibles sur les marchés¹³. La part du budget national allouée au secteur de la santé représente 4,9% en 1996 et reste en deçà des normes (8%) préconisées par l'O.M.S. (M.S.P, 1998).

¹² Le district sanitaire est l'entité sanitaire opérationnelle la plus décentralisée. Partout dans le monde, le district sanitaire est calqué sur l'entité administrative qui peut porter des noms aussi divers que préfectures, communes... Mais, au Bénin les entités administratives issues du découpage de Mai 1978 ne sont pas viables économiquement et il faut en regrouper un certain nombre pour rendre opérationnelle la zone sanitaire qui s'articule sur l'hôpital de zone dont elle constitue le premier niveau de référence.

¹³ Y ont recours 26 % de la population rurale (MDR-PNUD, 1996) 21 % dans les quatre grandes villes (INSAE-PNUD, 1996) et 30 % de la population pauvre dans les villes.

Figure 3 : Carte de la circonscription urbaine de Ouidah



Adapté de INSAE, 1979; adaptation de CREDESA, 1990

2 Le contexte local de l'étude

La commune de Hwakpè-Daxo dépend sur le plan administratif de la circonscription urbaine de Ouidah.

2.1 La circonscription administrative de Ouidah

Située dans la zone intertropicale, sur les rivages de l'Océan Atlantique au sud de la République du Bénin, la Circonscription Urbaine de Ouidah fut anciennement la capitale économique et la porte océane du royaume Xwéda dont elle porte le nom tout en ayant marqué l'histoire. En raison de sa position géographique stratégique, Ouidah fut l'objet des convoitises du royaume Fon d'Abomey qui le conquît et en fit une véritable plaque tournante du commerce triangulaire qui relia les trois continents européen, africain et américain (Soglo, 1995). La circonscription urbaine de Ouidah est l'une des soixante dix sept (77) sous-préfectures et circonscriptions urbaines¹⁴ que compte la république du Bénin. Elle abrite aujourd'hui une population totale estimée à 72 000 habitants¹⁵ environ et répartie dans dix communes dont quatre urbaines. S'étirant des bancs de sable de la côte Atlantique jusqu'à la latérite, le cadre physique de la région de Ouidah, à cause de ses caractéristiques écologiques, peut être découpé en trois zones : le littoral, les marécages et le plateau.

Le littoral, constitué de deux cordons de sable parallèles au rivage marin (plage et île) encadrant la lagune, abrite onze (11) villages d'une superficie totale de 52 km² soit le septième (1/7) de l'ensemble de la Circonscription urbaine de Ouidah;

¹⁴ La Loi 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin érige en communes toutes les anciennes sous-préfectures et circonscriptions urbaines. La nouvelle dénomination est donc la Commune pour désigner les anciennes sous-préfectures et circonscriptions urbaines. Mais en attendant les élections municipales, on continue d'utiliser indifféremment les deux appellations.

¹⁵ INSAE, 1992 (Projections du RGPH de 1992).

les marécages, où se côtoient lagune côtière (*jesin*¹⁶) et bas-fonds marécageux sur 104 km², soit les deux septièmes (2/7) de la superficie de Ouidah, abritent notamment la commune rurale de Hwakpè-Daxo, site de l'étude;

le plateau, de terre de barre communément appelée latérite, se développe au nord des deux premiers ensembles et couvre la majeure partie de la circonscription administrative 208 km² soit les 4/7 de la superficie totale de Ouidah.

2.2 La commune rurale de Hwakpè-Daxo

La commune rurale de Hwakpè-Daxo, cadre physique et humain de la recherche, est située dans la zone des marécages, tampon entre le littoral et le plateau. La lagune qui traverse cette zone est un plan d'eau d'une quarantaine de kilomètres carrés environ (Adam, Boko, 1983) entre Togbin à l'Est et la lagune de Grand-Popo à l'Ouest. Son fond est vaseux. Sa profondeur varie de 2 à 6 m par endroits en période de crue. Elle a un tracé sinueux et comporte de nombreuses îles entre Avlékété et Méko (Monoté et Tétékpoè, 1991). Pendant les crues, la lagune peut inonder partiellement les villages situés sur les îles basses. Quand les hautes eaux envahissent les voies terrestres, les habitants transportent leurs pirogues de la lagune sur les marigots. La pirogue à pagaie est le principal moyen pour se rendre d'un village à l'autre à l'intérieur de la commune. Elle est relayée par les taxis motos, communément appelés «*Zémidjan*¹⁷» qui font la liaison par les pistes cyclables jusqu'au chef-lieu de la circonscription administrative, Ouidah. Aucune route ne traverse Hwakpè-Daxo et il n'y a ni électricité ni eau courante, ni téléphone. La route secondaire la plus proche est située à 4 km environ.

¹⁶ Littéralement, l'eau de sel ou l'eau salée.

¹⁷ Le *Zémidjan* est une moto à deux roues faisant office de taxi et qui de loin contribue à résoudre des problèmes de déplacement. Moyen de transport très utilisé au Bénin, les motos taxi sont pratiques parce qu'ils peuvent circuler sur des pistes qui ne sont pas toutes accessibles aux automobiles. Dans les grandes villes, ils font une concurrence féroce aux véhicules à quatre roues pour le transport urbain.

L'habitat, de type traditionnel, est constitué de maisons en terre de barre, argile ou brique dans lesquelles vivent 2857 habitants disséminés dans six villages au total (INSAE, 1994). La proximité des eaux constitue un habitat permanent pour les anophèles de sorte que les épisodes de fièvre et de paludisme sont fréquents tous les mois de l'année, avec des pics durant la fin des saisons de pluie.

2.2.1 La population : histoire du peuplement et religion

Hwakpè-Daxo abrite l'une des plus vieilles populations de la région méridionale du Bénin, les *Xwéda*.¹⁸ Le nom *Xwéda* est intimement lié à l'histoire de la ville de Ouidah. Le roi Kpassè, successeur d'Ahofo, installa vers 1550 au sud de Saxé une case de culture qu'il dénomma Gléxwé, ce qui signifie «maison des champs»: (*glé* veut dire champ ; *xwé* désigne maison). Cette ferme située à quelques kilomètres de l'Océan Atlantique donna plus tard son nom à la ville de Ouidah que les autochtones persistent à appeler *Gléxwé Kpassè Tomè*, c'est-à-dire *Gléxwé, la ville de Kpassè*, tandis que les premiers navigateurs l'appellèrent *Ajuda*, les Anglais, *Whidah*, les Français, *Ouidah*, les Hollandais, *Fida*. Bien qu'étant fondateurs de la ville de Ouidah, les populations *Xwéda* sont marginalisées par les conquérants *Fon* qui les appellent volontiers des «*Boomênou*», littéralement habitants de la boue, ou de l'argile boueuse. Le peuple *Xwéda* est communément identifié au culte rendu au serpent *Dangbé*. «*Dangbé*» est le nom local du python et le culte au serpent est aussi désigné sous l'appellation de culte ophidien. L'identification au serpent «*Dangbé*» est si courante que les *Xwéda* se font, volontiers, appeler «*Dangbevi*», c'est-à-dire fils ou

¹⁸ Les étapes de la migration des *Xwéda* sont difficiles à établir. Jacques Bertho situerait leur établissement dans la région de l'actuel Ouidah à l'époque du grand exode vers l'ouest, notamment celui des gens de Kétou vers Tado. L'administrateur Gavoy, les historiens C. Agbo et R. Cornevin font partir les Adja-*Xwéda* de Tado même. Les migrants seraient descendus par le Mono et fondèrent le royaume des *Xwéda*. Ils vinrent s'installer un peu au nord de l'emplacement où s'élève aujourd'hui Ouidah, au lieu dit Houétokpa, et fondèrent vers 1500 la ville de Saxé dont le premier roi, chef de la migration, fut Ahofo.

fille de *Dangbe*. Il semble, rapporte Soglo (1995), que les dix scarifications que portent les *Xwéda* sur leur visage seraient les mêmes que celles de *Dangbe*. Le peuple *Xwéda* aurait adopté le culte ophidien sur les conseils de l'oracle, à la suite de calamités naturelles et de morts prématurées. Il s'en serait suivi une reprise normale de la vie. Ainsi *Dangbé* se serait-il révélé comme le bienfaiteur et le salut des *Xwéda*, ce qui expliquerait le nom «*Xwéda Dangbé*».

Selon un autre mythe des origines, rapporté par Soglo (1995)¹⁹, «*Dangbé*» aurait été un homme doté de pouvoirs extraordinaires. Ayant désobéi à l'Être suprême, son créateur, il aurait été condamné et transformé en serpent²⁰. Selon le même mythe ce sont ses propres pouvoirs que *Dangbé* donnerait à ceux qui l'invoquent pour obtenir, entre autres faveurs, la protection de la vie, la richesse, les succès militaires etc. Toutes les manifestations religieuses dans le royaume *Xwéda* commençaient par les sacrifices au temple de *Dangbé*. C'était l'expression de la suprématie de *Dangbé* sur les autres divinités du panthéon. Mais à la suite de la conquête du royaume *Xwéda* par les *Fon* en 1741 et de celle de tout le pays par les Français en 1894, les pratiques religieuses connurent bien d'autres variantes : les cultes *Fon* furent introduits dans le royaume de même que le christianisme, plus tard, avec le fait colonial. De nos jours, il y a une diversité de cultes qui se côtoient ou même s'affrontent, à l'occasion, sur le territoire de ce qui est resté du royaume des *Xwéda*.

¹⁹ Soglo, G.R L'histoire des *Xwéda*, de la fondation du royaume de Sayi (Saxe) à la dispersion : XVI-XVIII èmes siècles. Mémoire de maîtrise. UNB- FLASH. 1995: 109 pages.

²⁰ Cette conception n'est pas propre à l'imaginaire religieux *Xwéda*. Nous retrouvons le symbolisme du serpent dans le mythe de la création chez les Juifs et en milieu Joal du Sénégal par exemple.

2.2.2 Les principales activités des habitants de Hwakpè-Daxo

Dans tous les villages de la commune de Hwakpè-Daxo les occupations des femmes sont de deux ordres et se complètent. Il y a les activités ordinaires de l'espace domestique et éventuellement celles qui se réalisent hors des murs de la maison. Parmi les tâches dites domestiques citons, au réveil, les soins de la maison (balayage, vaisselle...), les soins aux enfants, (toilette soins bucco-dentaires, prise de potions ou tisanes matinales, petit déjeuner) et les soins aux autres membres de la maisonnée (préparation des repas, lessive). Bien qu'étant spécifiquement réservées à l'espace domestique, certaines de ces tâches requièrent, pour leur réalisation, d'autres activités qui s'effectuent en dehors de la maison. Il s'agit par exemple de l'approvisionnement en eau de boisson qui nécessitent de grandes distances en pirogue. En effet, l'eau de la lagune *Jesin* (eau salée) est impropre à la consommation à cause de tous les autres usages qu'en font déjà les riverains. Les femmes doivent donc se déplacer avec des bonbonnes ou des jarres pour se rendre sur les berges ayant des puits alentour et y puiser l'eau qui doit servir à la boisson et à préparer les repas.

Figure 4 : L'approvisionnement en eau potable



Remarquez les bidons de conservation de l'eau potable. Cette mère de famille, le bébé au dos revient de son approvisionnement en eau

Les diverses activités exercées par les habitants de Hwakpè-Daxo suivent des variations saisonnières (Housounou, 1998) et il n'y a pas de division sexuelle observée dans le domaine des activités génératrices. L'extraction de sel n'est possible que pendant la saison sèche grâce aux techniques traditionnelles (ignigène) ou grâce à une technique améliorée²¹. La fabrication traditionnelle de sel se pratique selon des techniques originales à partir des sols salés, raclés près des mangroves et soumis à la lixiviation dans des paniers faits de branches de palétuviers. Les solutions salines concentrées sont chauffées. Après évaporation de l'eau, le sel est recueilli et vendu. Tributaire de l'écosystème mangrove, cette activité a contribué à sa dégradation et sa disparition en certains endroits (Pliya, 1989). La pêche lagunaire se pratique à l'aide de pirogues monocycles à fond plat, creusées en forme d'angle dans des troncs d'arbre. Les poissons d'espèces variées et les crevettes sont les principaux produits de pêche et sont complétés par les huîtres, ramassées aux abords des eaux. Par ordre d'importance après la pêche, viennent la fabrication artisanale de sel et le maraîchage.

Le maraîchage se pratique aux abords immédiats des marécages et de la lagune et produit la tomate, le piment, l'oignon et les légumes. Une aviculture de taille réduite s'observe à l'intérieur de quelques concessions et permet de faire face aux besoins des périodes de soudure ou de sacrifices aux divinités. Dans la majorité des cas, les femmes exercent des activités aux revenus très aléatoires. Certaines vendent des produits de la pêche pour le compte de leurs maris. Certains hommes complètent leurs activités lucratives par la conduite de *Zémidjan* pour le compte d'un tiers ou à leur propre compte. Cette activité profite indirectement à toute la population dans le sens que la disponibilité de ce moyen permet de confier une

²¹ Le département de géographie et d'aménagement du territoire de l'Université nationale du Bénin a développé dans la commune un projet intégré de recherche pour l'amélioration des techniques traditionnelles d'extraction du sel (PIRATTES) et a réussi à fabriquer le sel sans recours au feu et ainsi épargner la mangrove.

ordonnance à un conducteur de taxi moto qui ira faire la course et revenir avec le produit.

En effet, lorsque des ordonnances médicales sont prescrites au CCS, les parents du patient ne sont plus obligés de se rendre en personne dans les officines pharmaceutiques toutes basées à Ouidah. Ils guettent le premier conducteur de taxi moto à qui l'on confie ordonnance et argent pour payer les produits. Selon l'urgence, on paie au conducteur les frais de la course afin qu'il revienne aussitôt les produits achetés. Dans le cas contraire, celui-ci devra attendre le prochain client se rendant dans la commune pour ramener les produits ou le confier à celui de ses collègues qui s'y rend avant lui, le principe étant de déposer le produit au CCS où qui de droit le récupère.

Les pratiques observées au quotidien ont montré que les femmes sont la plupart du temps, celles qui soignent dans la maisonnée et cette tâche va de pair avec celle de s'occuper des enfants et des personnes dépendantes de tout âge. Pourtant, aucune de leurs activités ne peut leur assurer en vérité le minimum de ressources nécessaires pour les besoins alimentaires du ménage et pourvoir décentement à d'autres dépenses aussi importantes que celles de la santé.

2.2.3 Éducation

L'institution scolaire est d'apparition relativement récente dans la commune rurale de Hwakpè-Daxo qui abrite cinq écoles primaires. La toute première, implantée dans la commune a été créée en 1951 à Gbèzoumè, le plus éloigné des six villages par rapport à Ouidah le chef lieu de l'entité administrative. Elle est suivie de la création en 1958 de celles de Gbéxonou²², Hwakpè en 1973 et Azizakouè en 1979. En 1998-1999, les effectifs par école se présentaient comme suit :

²² Avant le découpage administratif de Mai 1978, le seul chef connu pour la localité était basé au lieu dit Gbéxonou, situé à 3 kilomètres environ avant Gbèzoumè. Des dissensions vives existent quant au chef -lieu de la commune. Les habitants de Gbéxonou, contestent à Hwakpè-Daxo, le

Tableau II : Effectif des écoles de la commune de Hwakpè-Daxo en 1999.

ECOLE	EFFECTIFS		
	GARÇONS	FILLES	TOTAL
GBEZOUME	169	73	242
GBEHONOU	146	51	197
HOUAKPE	142	38	180
AZIZAKOUE	143	96	239
TOTAL	600	258	858

Source : Projet CLEF/USAID-SSGI/MENRS 1999.

Il n'y a aucun établissement d'enseignement secondaire dans la commune. Les collèges d'enseignement secondaire et/ou technique publics basés à Ouidah servent de relais aux ressortissants de la commune qui ont fini leur cycle primaire et désirent poursuivre leurs études. Quelques natifs des villages de la commune ont complété des études secondaires voire universitaires sur place au Bénin ou dans des universités étrangères et se sont presque tous installés dans les grandes villes du pays ou même à l'étranger. En fait, l'école léguée par la colonisation, et insuffisamment réformée depuis, est coupée de la réalité culturelle et sociale de la majorité de la population. Hormis une minorité de citoyens des couches privilégiées, bon nombre de Béninois, dont les populations de Hwakpè-Daxo, considèrent encore souvent l'école comme «la chose du Blanc» qui peut certes leur ouvrir quelques portes, leur permettre d'apprendre la langue française, indispensable dans les rapports avec l'administration, mais qu'ils ne peuvent s'approprier. La rigidité du système scolaire et son manque d'ouverture sur le milieu environnant n'ont guère fait évoluer leur opinion. L'enclavement partiel de la commune ne favorise pas non plus les choses. Ne répondant pas aux besoins et aspirations de la population, déconnectée du système

village dont la commune porte le nom, de s'arroger des privilèges qu'il ne mérite pas.

culturel et social, l'institution scolaire est donc perçue par une grande partie de la population comme une structure exogène à la société et peu utile au processus de socialisation (UNICEF, 1996).



Figure 5 : Une vendeuse de boule d'akassa à Hwakpè-Daxo

Il est courant que les mamans retiennent les filles auprès d'elles à la maison pour les aider à garder les enfants ou à vendre. C'est le cas de cette fille.

2.2.4 La santé et les services disponibles

La commune de Hwakpè-Daxo, contrairement à ce que prévoit la planification nationale, n'avait pas d'infrastructures immobilières pour abriter un CCS. Elle a évolué depuis 1990 dans un système de Soins de Santé Primaires mis en

place par le Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA /Soins de santé primaires) qui y a pourvu le personnel requis pour ce niveau de la pyramide sanitaire nationale.

Institution de recherche, de formation et de prestations de services, le CREDESA/SSP a mis en œuvre la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) qui prône la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé à toutes personnes là où elles vivent ou travaillent (OMS-UNICEF, 1978). De même, le CREDESA a été à la base de l'Initiative de Bamako²³ en 1987. Il a mis en place une organisation décentralisée des services de soins avec :

au niveau du village, des agents de santé communautaires (ASC) ;
 au niveau de la commune, un(e) infirmier (ère) et une sage-femme ;
 au niveau du district des spécialistes de divers domaines de compétence tels que la chirurgie, la gynécologie, la médecine interne, le laboratoire et la radiologie.

Les agents de santé communautaires²⁴ (ASC) sont des agents recrutés au niveau de la communauté et qui ont reçu une formation élémentaire sur les affections courantes pour les soins et pour distribuer des médicaments à partir d'ordinogrammes

²³ Le concept clé de l'Initiative de Bamako est la gestion communautaire de la santé, encore connu sous le nom de financement communautaire et recouvrement des coûts. Il découle des décisions prises par la réunion des ministres africains de la santé à Bamako (République du Mali) et formalisée par l'OMS et l'UNICEF. Devant l'urgence à pallier le désengagement de l'État vis-à-vis du secteur de la santé, le CREDESA avait initié une expérience de recouvrement des coûts de soins de santé primaires en faisant participer les populations à la prise en charge de leur santé. Présentée à la réunion de Bamako, cette formule a été adoptée pour être généralisée et devint l'Initiative de Bamako. Elle est fondée sur une dotation initiale des communautés de médicaments essentiels, cédés à prix abordables. En les vendant bon marché, les formations sanitaires financent leur réapprovisionnement et, de plus en plus, l'ensemble de leurs frais de fonctionnement.

²⁴ Les ASC ne sont pas distincts des AVS. C'est juste une question de terminologie qui fait que d'un milieu à l'autre, ils sont désignés sous des appellations différentes.

(arbres de décisions). Ils sont un secouriste et une matrone au moins par village. Les matrones sont en général des accoucheuses traditionnelles ayant acquis leur savoir auprès des membres féminins du groupe. Elles sont désignées par le village pour recevoir la formation nécessaire à l'amélioration de la qualité de leurs prestations. Les ASC réfèrent les cas qui dépassent leurs compétences au complexe communal de santé (CCS) ; le niveau immédiatement supérieur est l'hôpital de zone qui sert de recours aux complexes communaux de santé²⁵. L'infrastructure physique qui abrite le complexe communal de santé de Hwakpè-Daxo est fonctionnelle depuis le début de l'année 1996. Mais il ne dispose pas de laboratoire pour faire les examens de parasitologie.

Le personnel du CCS recevait et traitait à domicile les cas qui lui étaient référés ou fournissait aussi les prestations chez le patient selon les cas. Grâce à un appui financier de l'Agence canadienne pour le développement international (ACDI), à l'instar des autres complexes communaux de santé de la circonscription administrative de Ouidah, le CCS de Hwakpè-Daxo s'est doté d'un système de phonie alimenté par une source d'énergie solaire. Ce système relie tous les CCS à l'hôpital de district qui est l'hôpital de référence basé à Ouidah. La zone sanitaire de Ouidah couvre les sous-préfectures de Ouidah, Kpomassè et Tori-Bossito. Mais le système de phonie est limité à la seule circonscription administrative de Ouidah qu'il dessert avec plus ou moins de bonheur. Ainsi, lorsqu'une demande pressante part de l'une quelconque des formations sanitaires du niveau périphérique, une ambulance s'ébranle vers le lieu indiqué pour évacuer le cas qui est pris en charge par les spécialistes de l'hôpital de référence. Cette organisation décentralisée des services de santé dans toute la circonscription administrative de Ouidah, et donc dans la commune de Hwakpè-Daxo, permet la prise en charge du patient par le système depuis le village jusqu'à la fin de sa maladie.

²⁵ Les prestations des ASC sombrent dans une certaine léthargie depuis 1995 dans la commune de Hwakpè-Daxo, quelques matrones continuent d'accoucher et certains CSC restent plus ou

En dehors du CCS de la commune, de l'hôpital et du CSCU de Ouidah, les personnes qui le désirent et qui en ont les moyens peuvent solliciter les services de certains cabinets médicaux privés. Ces établissements, basés à Ouidah, sont gérés par des médecins ou des infirmiers et/ou sage-femmes admises à la retraite ou encore en activité dans le secteur public. Dans le lot des prestataires privés de services de santé, on rencontre aussi des agents de santé non recrutés par la fonction publique²⁶ et qui exercent en clientèle privée.

moins actifs dans les activités mensuelles du PEV et de SMI/PF .

²⁶ Pendant longtemps, la fonction publique a été le principal et le plus important pourvoyeur d'emploi au Bénin. Mais avec un gel de recrutement intervenu entre 1987 et 1994, puis un encouragement de certains fonctionnaires à quitter la fonction publique , il y a eu beaucoup d'initiatives privées notamment dans le domaine de la santé.(Richard,1995)

Chapitre II : Cadre théorique et problématique

1 Les éléments du cadre théorique

Pour connaître ou discuter des problèmes reliés à la santé, quatre principaux modèles d'analyse ont été proposés par les chercheurs. Il s'agit des modèles écologique, épidémiologique, ethno-épidémiologique et interprétatif. Alors que le modèle écologique cherche à comprendre et à rendre compte des relations d'interdépendance entre un milieu et divers écosystèmes, le modèle épidémiologique répond à des impératifs de quantification et de standardisation. Le modèle ethno-épidémiologique vient prolonger le modèle écologique pour lui fournir des outils de collecte. Si dans le projet épidémiologique, l'individu et la population sont des objets passifs d'étude et ou de surveillance, le modèle ethno-épidémiologique, quant à lui, réintroduit le culturel et met l'accent sur le qualitatif (la parole de l'individu et toutes les incohérences de son discours).

Je me centre, dans ce mémoire, sur le modèle interprétatif, lequel est aussi appelé herméneutique. Il s'appuie sur une théorie générale des signes comme éléments symboliques d'une culture et s'inspire de la linguistique saussurienne et lévi-straussienne et de la philosophie pure autant que de l'analyse littéraire. C'est donc essentiellement ce modèle que je privilégie, en référence à trois groupes de chercheurs, pour essayer de comprendre l'autre et sa maladie ainsi que toutes les classifications ou taxinomies de la maladie dans mon milieu d'étude. John M. Janzen (1995), Ellen Corin, Gilles Bibeau, Jean-Claude Martin, Robert Laplante (1990) et Francine Saillant (1999) sont les auteurs dont les travaux ont inspiré ma démarche pour saisir la logique interne des systèmes de signes, de sens et d'action qui se dégagent de cas concrets rapportés à travers des récits de mères d'enfants ayant vécu des épisodes fébriles dans la commune rurale de Hwakpè-Daxo. Francine Saillant observe que dans l'espace privé de la maisonnée, la responsabilité des soins domestiques peut être interprétée en terme de rapport de genre.

1.1 Les systèmes de signes, de sens et d'action

Ellen Corin, Gilles Bibeau, Jean-Claude Martin et Robert Lapante (1990) dans une œuvre collective, *Comprendre pour soigner autrement : Repères pour régionaliser les services de santé mentale* consacrent un chapitre entier aux systèmes de signes, de sens et d'action en contexte. Ils observent que «c'est essentiellement le cadre dont on dispose qui amène à identifier un certain comportement comme un signe et à lui attribuer un sens particulier». Dans un article postérieur à cet ouvrage collectif, Gilles Bibeau et Ellen Corin nous introduisent, en anthropologie médicale, au «tournant interprétatif», lequel courant se manifeste principalement à travers la place accordée à la mise en récit de la maladie (*illness*). Ils adoptent deux perspectives : l'une est inspirée de l'anthropologie critique et lit les récits sur l'horizon des rapports qui sous-tendent les représentations et pratiques liées à la maladie et à son traitement ; l'autre, dans la ligne des courants interprétatifs, s'attache à la manière dont l'expérience de la maladie se trouve élaborée en un phénomène significatif pour la personne à partir des repères que lui fournissent la culture et sa propre histoire.

1.2 Le groupe organisateur de la thérapie

Dans *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, John Janzen (1995) suggère de considérer avec plus d'attention et de minutie comment l'information diagnostique est ordonnée et comment les critères de choix thérapeutiques et d'efficacité sont établis. Il analyse en effet les transactions sociales, les prises de décision, les classifications des maladies et des thérapies, et les répartitions de ressources par l'étude d'histoire de cas, et des contextes plus généraux pour comprendre le choix de la thérapie par le malade, ses parents, ses amis, ses alliés et les praticiens spécialisés.

1.3 Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique

L'auteure note que les soins domestiques constituent un volet essentiel de systèmes ethnomédicaux et, les femmes sont, pour la plupart des sociétés sinon dans toutes,

celles qui développent dispensent et transmettent les pratiques et les savoirs qui leur sont reliés. Elle propose également de situer le genre et la maisonnée comme des concepts clés devant être articulés à la relecture du concept d'itinéraire thérapeutique. Son hypothèse tend à démontrer l'importance d'une articulation systématique des univers publics et privés pour saisir la totalité de l'espace thérapeutique dans les divers systèmes ethnomédicaux.

2 Prévalence du paludisme et problématique

Maladie endémique en Afrique, le paludisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité au Bénin. Causé par le protozoaire unicellulaire du genre *Plasmodia* qui métabolise l'hémoglobine, le paludisme est transmis par des moustiques du genre *Anophèles* et provoque la mort de plus d'un million d'enfants âgés de zéro à cinq ans chaque année en Afrique.

Les cinq premiers motifs de consultation et d'hospitalisation les plus couramment évoqués pour la fréquentation des centres de santé représentent 62 % de l'ensemble des affections au Bénin. Le paludisme vient en tête et représente 34 % des consultations et 26 % des hospitalisations. Les enfants de moins de cinq ans constituent la couche la plus vulnérable de cette maladie avec un taux de 35 % pour la consultation et 30% pour l'hospitalisation (SNIGS-MSP, 1998). Les accès fébriles constituent la principale forme de manifestation du paludisme, surtout chez les enfants. Du point de vue biomédical, la maladie se présente sous deux formes : le paludisme simple et le neuro-paludisme.

«Le paludisme simple est toute fièvre isolée sans autre étiologie infectieuse évidente qu'il y ait ou non confirmation par un examen parasitologique» (SNIGS,1996 : 37) .

«Neuro paludisme : forme maligne du paludisme, caractérisée par une encéphalite fébrile avec convulsion, parfois des troubles du comportement, agitation voire coma. A distinguer de la méningite par

l'absence de raideur franche de la nuque et la ponction lombaire négative» (SNIGS,1996 : 37).

En général, le personnel de santé déplore et fustige les cas de convulsions et autres complications dues ou associées au paludisme et qui ne lui sont référés qu'au moment où l'on ne peut plus rien faire pour sauver les enfants souffrant de la maladie. Dans un tel contexte, les mères des enfants malades font l'objet de toutes les formes de récriminations et admonestations de la part du médecin ou de l'infirmier dans les dispensaires et les hôpitaux. Or, bien souvent, ceux-ci ignorent tout des jeux et des enjeux qui déterminent la décision de consulter une source de soins plutôt qu'une autre pour une maladie donnée ou même de ne pas demander de soins du tout à l'extérieur de l'espace domestique.

2.1 L'angle d'étude privilégié

Dans le prolongement de ces travaux, je me centre dans ce mémoire sur le modèle herméneutique pour la réalisation de cette étude. Je suis parti des récits des mères au sujet des épisodes de fièvre vécus par leurs jeunes enfants pour «suivre leur cheminement au sein d'un espace où coexistent plusieurs systèmes de soins afin d'éclairer le sens de la maladie ; sens qui condense un ensemble de significations extérieures au récit étiologique proprement dit et qui renvoie à un certain nombre de signifiants clés dans la trame personnelle, sociale et culturelle dans laquelle s'inscrit l'événement pathologique» (Bibeau et Corin, 1993). Les épisodes de maladie des enfants sont des moments de grande émotion pour les mères. Celles-ci sont donc les personnes les plus indiquées pour parler de ce que fut l'expérience de la maladie, depuis les premiers signes jusqu'à la guérison ou même jusqu'à une issue moins heureuse. De plus, dans la négociation des pouvoirs, elles disposent de plusieurs stratégies pour influencer le processus de prise de décision. Ma démarche a été de faire attention au rôle de ces mères tout au long du processus ainsi qu'à celui de toutes autres personnes intervenues dans la recherche ou l'organisation de la thérapie. Sans aller jusqu'à décrire systématiquement tous les systèmes thérapeutiques

populaires alternatifs dans le milieu Xwéda, j'ai essayé d'éclairer les motivations qui guident la démarche de demande de soins, selon mes informatrices et informateurs.

2.2 Hypothèse et objectifs de recherche

Face à l'état de santé ou de maladie, chaque société ou population a ses perceptions et dynamiques sociales propres qui conditionnent et orientent les itinéraires thérapeutiques choisis en vue de vaincre le mal. La trame sociale et /ou les arrangements familiaux et sociologiques constituent la base de la décision de consulter ou de ne pas consulter une source de soins ou une autre. La décision même de recourir à une forme particulière de thérapie ainsi que l'instance qui prend cette décision obéissent à des critères complexes que la seule approche «scientifique» pure et dure, objective à tout prix, ne parvient pas à saisir dans toute sa richesse ni à intégrer de manière satisfaisante au contexte socioculturel. D'ailleurs, s'en préoccupe-t-elle vraiment ?

Mon propos est de rendre compte de ce que font et disent les acteurs eux-mêmes dans le contexte précis des épisodes fébriles chez les jeunes enfants dans la commune rurale de Hwakpè-Daxo au sud du Bénin. Pour ce faire, j'ai formulé l'hypothèse ci-après :

2.2.1 Hypothèse

L'explication profane ou culturelle que la mère et les autres membres du «groupe organisateur de la thérapie» donnent à la symptomatologie (signes plus ou moins graves) et à l'étiologie de la maladie détermine les réactions et les actions qui sont prises pour soigner le mal.

2.2.2 Objectifs

- Déterminer les relations entre les systèmes de signes, de sens et d'actions dans les cas d'épisodes fébriles chez les enfants âgés de zéro à cinq ans dans la commune rurale de *Hwakpè-Daxo*, région méridionale de la République du Bénin.
- Décrire et analyser comment s'organise la démarche de demande de soins.
- Décrire le profil des membres du groupe organisateur de la thérapie en spécifiant particulièrement le rôle joué par les mères des jeunes enfants.

Chapitre III : Approche méthodologique

La présente étude porte sur les pratiques et les discours des mères face aux épisodes fébriles de leurs jeunes enfants à Hwakpè-Daxo dans la région sud de la République du Bénin. Elle s'est déroulée du 29 mai au 31 août 1999 chez les *Xwéda* à *Hwakpè-Daxo*, une ceinture de bas-fonds marécageux alternant avec une lagune sur les rivages de l'Océan Atlantique, dans la région sud de la République du Bénin en Afrique de l'ouest. Fondateurs, vers 1550, de la ville de Ouidah qui fut conquise en 1741 par les *Fon*, les *Xwéda* ont un groupement familial basé sur un système unilinéaire et agnatique : le lignage patrilinéaire exogamique. La parenté y est reconnue en ligne paternelle et les liens parentaux, mais non les droits et les devoirs, sont rattachés au lignage du père.

La commune rurale Hwakpè-Daxo est située dans une zone très inondable. Elle compte six villages (*Azizakoè*, *Djègbamè*, *Gbéxonou*, *Gbèzoumè*, *Hwakpè-Daxo* et *Toligbé*) qui abritent une population estimée à 3452 habitants selon les projections démographiques du deuxième RGPH, 1992. L'habitat, de type traditionnel, est constitué de maisons en terre de barre, argile ou de briques. La proximité des eaux constitue un habitat permanent pour les anophèles en sorte que le paludisme se retrouve à tous les mois de l'année, avec des pics à la fin des saisons des pluies.

1 Les préalables

Le terrain a été effectué en deux temps : en un premier temps, des contacts préliminaires ont été nécessaires ; ce fut ensuite le temps de la collecte.

Les contacts vont de la simple visite de courtoisie aux visites formelles organisées à un niveau ou à un autre. J'ai rencontré et travaillé avec deux groupes de personnes. Il s'agit des personnes impliquées directement dans l'étude, les mères, en l'occurrence et de toutes les autres personnes qui, de par leur position sociale,

professionnelle ou administrative, pouvaient faciliter de diverses manières l'organisation de la collecte de l'information ou même contribuer à la qualité de l'enquête.

Dans ce dernier groupe se trouvent le directeur et les chercheurs du CREDESA, les agents de santé sur le terrain et les autorités locales des sites de l'enquête.

1.1 Le directeur et les chercheurs du CREDESA/SSP

Les principales personnes avec qui j'ai eu affaire au sein du CREDESA étaient les chercheurs du centre. Il s'agit d'une équipe de médecins, sociologue et économiste qui avaient reçu une copie du projet, une semaine plus tôt, de façon à avoir le temps de préparer leurs questions et de rédiger au besoin leurs commentaires et suggestions. Ils ont estimé par exemple que, même s'il est possible de suspecter cliniquement le paludisme en zone d'endémie, la certitude du diagnostic doit être apportée par l'identification de l'hématozoaire sur le frottis sanguin ou la goutte épaisse. Ce point de vue, soutenu par la revue de littérature de Diallo, (1998 aussi Gazin et coll., 1992 ; Baudon et coll., 1988 ; Benasseni et coll., 1987 ; Trape et coll., 1986 ; Rey et coll., 1968), m'a conduit à intégrer à mon étude un prélèvement sanguin systématique chez les sujets qui n'avaient pas été soumis à un traitement biomédical. Pour les prélèvements sanguins et les examens, un médecin biologiste et un technicien de laboratoire ont été associés à l'étude.

J'ai également rencontré le médecin chef de Ouidah et l'infirmière responsable des soins au centre de santé de la circonscription urbaine de Ouidah pour les informer des raisons de ma présence à Hwakpè-Daxo. Au CCS de Hwakpè-Daxo, l'un des agents qualifiés (la sage-femme) était en congé de maladie. L'infirmière était donc le seul agent qualifié pour assurer les soins au dispensaire, les consultations prénatales et les accouchements à la maternité. Elle se faisait assister de deux aides-soignantes et d'une stagiaire. Elle disposait de peu de temps pour d'autres activités en dehors du CCS. À part ce personnel technique, il y a eu des personnes ressources comme les autorités locales de la commune rurale de Hwakpè-Daxo.

1.2 Les autorités locales de Hwakpè-Daxo

Au nombre des autorités locales, en plus du maire de la commune et des chefs des six villages, j'ai eu des entretiens informels avec certains leaders d'opinion et quelques autres personnes ressources telles que les thérapeutes traditionnels. Ces informateurs m'ont renseigné sur certaines pratiques observées chez les mères mais non décrites explicitement par celles-ci. Mais les mères des enfants ayant vécu au moins un épisode de fièvre sont les principales personnes concernées par cette étude. La section qui suit présente les résultats des examens sanguins des enfants et la sélection des mères qui m'ont "prêté" leur parole à travers leurs récits.

Le maire et les chefs de village ont été rencontrés individuellement à leur domicile où je leur ai exposé les objectifs de l'étude et son déroulement ainsi que les personnes concernées. Ces préliminaires ont balisé la voie pour la phase de la collecte des données proprement dite qui a commencé par la sélection des mères et la négociation de leur consentement.

2 Collecte et édition des récits

2.1 Sélection des mères

A la suite de la présentation au personnel soignant et aux autorités locales de mes objectifs de recherche, des cibles recherchées et de la démarche à suivre, chaque parti m'a indiqué les cas récents de paludisme d'enfants dont il avait eu connaissance. Le principal critère d'inclusion des mères dans le groupe des sujets impliqués dans l'étude est que l'un des enfants au moins ait vécu un épisode fébrile au cours des sept derniers jours avant mon passage. Même si le cas était plus grave et s'était produit plus tôt que le délai prévu, la maman ne pouvait être admise dans l'étude.

L'infirmière, à partir des registres de la formation sanitaire, m'a orienté vers les cas qui répondaient bien aux critères que j'avais énumérés. Avec le maire et les chefs de village, j'ai également exposé les objectifs de l'étude et le contenu de mon

formulaire de libre consentement. Ils ont facilité mon entrée dans les familles concernées par l'étude. Toutefois, le centre de santé fut ma principale porte d'entrée parce qu'il est resté, tout au long de l'enquête, le point de ralliement avec les mères d'enfants interrogées. Sur la base des informations préliminaires recueillies auprès de l'infirmière ou des autorités locales, je me suis rendu dans les maisons des personnes concernées pour avoir un entretien sommaire qui me permette de confirmer que le cas en question rentrait bien dans le lot de ceux que je cherchais. Ceux qui ne remplissaient pas les critères ne furent pas retenus. Par contre une grande attention fut portée aux cas actifs découverts au cours de mes visites dans les villages. Le libre consentement des mères d'enfants souffrants a été négocié avant leur implication dans l'étude. Les cas actifs ont été référés au CCS pour être traités.

Au total, j'ai eu des entretiens avec dix sept (17) mères dont l'un des enfants au moins a vécu un épisode de fièvre pendant l'enquête ou une semaine avant mon passage sur le terrain. Les dix-sept mères interviewées sont âgées entre 19 et 35 ans et ont entre un et huit enfants. Dans ce groupe de femmes, une seule a été scolarisée. Cependant, elle ne pouvait pas s'exprimer en français.

2.2 Le consentement éclairé des sujets impliqués

J'ai présenté et expliqué à chaque mère les objectifs de l'étude et ce en quoi consisteront sa participation et celle de son enfant, les inconforts que pourraient impliquer cette participation. Après ce préalable indispensable, j'ai répondu aux questions éventuelles de chaque mère sollicitée et j'ai précisé à chacune qu'elle était libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude, de se retirer librement à tout moment sans encourir le moindre préjudice présent ou à venir quant à la prise en charge de la santé de son enfant ou de l'un quelconque des membres de sa famille. Ce formulaire a été lu et traduit à chaque mère qui en a compris le contenu et a donné son consentement verbal. Les mères n'ayant pas été à l'école m'ont demandé de ranger mon papier en ajoutant que leur parole donnée est bien plus précieuse que nos

papiers qui ne sont que des témoins de l'incapacité des lettrés à se faire confiance entre eux et d'être toujours obligés de ''se rendre esclaves des écrits''.

C'est après avoir obtenu le consentement libre éclairé des sujets que j'ai demandé à chaque mère de me présenter le récit des faits tels qu'ils se sont produits lors de la maladie de l'enfant.

Le formulaire de consentement spécifie clairement que le nom des sujets impliqués dans l'étude ne sera révélé sous aucun prétexte et que ne seront pas publiées les informations susceptibles de servir d'indice à identifier les personnes concernées. Ainsi, un code a été affecté à chaque village. A chaque enfant, il est attribué le code de son village suivi d'un numéro d'ordre. Les résultats des examens sanguins ont été présentés aux parents et les frais de consultation et de traitement des enfants avaient été pris en charge sur les fonds de l'étude.

2.3 Prélèvement et examen sanguins

A l'aide d'un thermomètre électronique, l'infirmière, responsable du CCS a pris la température axillaire de chaque enfant reçu en consultation au CCS pour raison de fièvre ou rencontré dans les villages pour la même cause. Un technicien supérieur en zootechnie a fait office de technicien de laboratoire et s'est chargé des prélèvements sanguins. Il a effectué les frottis sanguin pour identifier l'espèce plasmodiale. Sous la supervision d'un médecin biologiste, il a réalisé la goutte épaisse pour déterminer la densité parasitaire. Les lames ont été séchées et colorées au GIEMSA puis lues au microscope optique à l'agrandissement x 100 en comptant les formes asexuées de parasites pour 200 leucocytes. Les lames ne sont considérées comme négatives qu'après la lecture des 200 leucocytes en absence de forme asexuée. Le nombre des parasites est calculé pour 8 000 leucocytes par mm³ de sang. Toutes les lames ont été lues une première fois par le technicien de laboratoire et une seconde fois par le médecin biologiste choisi dans le cadre de l'étude. Toutes les lames manquant de concordance sur la positivité ou dont le rapport des deux résultats de densité parasitaire est supérieur à 1,5 ou inférieur à 0,67 (OMS, 1996) ont été

adressées au département de parasitologie de la Faculté de médecine de Cotonou pour un contrôle de qualité même dans les cas où tous les résultats étaient concordants.

Sur 15 prélèvements, 13 lames ont été analysées et 10 lames ont confirmé des cas de paludisme soit 76 % des 13 lames analysées et 67% de l'ensemble des 15 prélèvements. En effet, une maman avait demandé à garder les lames du sang de ses enfants pour les montrer à leur père avant toute analyse. Conformément au contrat de départ, sa demande fut accueillie sans hésitation. Le père ne fut de retour que plusieurs jours plus tard et rendit sans difficulté les lames pour les examens. Mais celles-ci avaient moisi, faute d'une meilleure conservation. La lecture en fut rendue difficile.

Le guide d'entretien comportait des questions sur l'âge des enfants souffrant et leur rang dans la fratrie. Le tableau N° ci-après présente la liste des enfants enquêtés, leur rang de naissance, ainsi que les résultats de l'examen parasitologique.

Tableau III : Enfants enquêtés

Sujets	Âge		Rang naissance	Sexe	Résultats
1001	11 mois 16 j	38°8	3	M	-
5001	20 mois	39° 7	4	F	Aucun
4001	18 mois 13 j	39°8	4	F	+
6001	31 mois 28 j	39°	1	F	+
3001	24 mois	38°9	4	M	Aucun
3002	24 m 6 j	38°	3	F	+
2001	13 mois	40°	1	F	+
5002	34 mois 25 j	39°7	3	F	+
5003	36 mois	40° 9	5	F	+
5004	29 m 17 j	39° 6	2	M	-
6002	20 mois	38°	8	M	+
4002	28 mois 1 j	39°4	4	M	Aucun
6003	19 mois	40°	5	M	
6004	43 mois	39°6	4	F	
1002	24 mois	38°6	4	M	+
5005	24 mois 5 j	39°5	3	F	+
5006	30 mois	38°9	5	F	+

Légende :

+ : Cas confirmés de paludisme

Aucun : Pas de prélèvement ni examens sanguins

Les espaces non remplis représentent les lames moisies et dont la lecture ne donne pas des résultats fiables L'âge des enfants est celui qui figure sur les carnets de naissance des enfants. Pour ceux dont les mères n'ont pas le carnet de naissance, l'âge déclaré a été enregistré

2.4 La collecte et l'édition des récits

Les récits des mères ont été recueillis à leur domicile ou au centre de santé selon leur disponibilité ou les circonstances.

A chaque mère, j'ai présenté brièvement les objectifs de la recherche. De même, j'ai négocié la possibilité d'enregistrer sur bande magnétique les entretiens en soulignant le caractère confidentiel de l'enquête ainsi que le respect de l'anonymat des entrevues.

A partir d'un guide, j'ai introduit l'entretien en langue *fongbé*²⁷ et j'ai laissé la maman raconter les événements tels qu'ils se sont déroulés lors de la maladie de l'enfant. Je ne suis intervenu à nouveau que pour encourager mon interlocutrice à continuer son discours. Pour les mamans qui ont eu un ou des contacts avec le centre de santé dans le cas de l'épisode de fièvre du jeune enfant, j'ai demandé systématiquement, à la fin de l'entretien, à voir l'enfant et constater l'amélioration ou l'aggravation décrite par la mère. Je saisisais la même opportunité pour vérifier le niveau d'observance des prescriptions médicales, le cas échéant.

²⁷ Le *fongbé* qui est ma langue paternelle et la langue du conquérant de Ouidah est couramment parlée par toutes les mères qui m'ont présenté le récit de la maladie de leur enfant. Un seul récit a été présenté en langue *hwéda* et en *fongbé*

Le matériau collecté auprès des mères est constitué de récits au sujet des éléments de pathologie. Ces récits ont été enregistrés sur bande magnétique avec la permission des informatrices et informateurs au domicile des intéressés ou au centre de santé. Les éléments du processus décisionnel sont fournis ou complétés par les pères d'enfants, les grands-parents, thérapeutes traditionnels et autres personnes ressources. Chacun de ces informateurs a apporté son éclairage à la compréhension de certaines expressions typiques. L'information recherchée a été collectée à l'aide d'un guide d'entretien qui recense les signes à partir desquels le parent a décelé le mal chez l'enfant, les dispositions prises, les raisons de ces dispositions, les personnes qui organisent la demande de soins, les rôles joués par les uns et les autres.

Enregistrés sur bandes magnétiques, ces récits ont été retranscrits tels quels avec les moments de silence, d'hésitation ainsi que toutes les répétitions ou incohérences apparentes. Ils ont été ensuite traduits en français et exploités à partir de cette version retranscrite et traduite sans que le contexte et les circonstances ne soient perdus de vue. En effet, au moment de la retranscription que je suivais rigoureusement avec l'alphabétiseur, je signale au début ou à la fin de chaque entretien les renseignements utiles comme l'âge approximatif de la mère, le rang de l'enfant dans la fratrie et les antécédents heureux ou malheureux qui peuvent éclairer la compréhension du contexte.

2.5 Analyse des récits

Pour l'analyse, j'ai procédé à la reconstitution de cas pour compléter l'observation directe et l'indispensable revue documentaire dans le cadre de la collecte des informations nécessaires à la rédaction du mémoire. Je me suis inspiré du modèle d'analyse de Bibeau et Perrault (1995) dans *Les dérives montréalaises*. Les récits des mères ont été rassemblés en un corpus les uns à côté des autres. Dans un tableau synoptique, j'ai reporté le système de signes, de sens et d'actions. Et, à partir des faits observés sur le terrain, des témoignages et des «confidences» de certains informateurs, j'ai essayé de dégager la logique qui organise le système de sens des

mères. J'ai élaboré une typologie des différents signes par rapport à la charge émotionnelle qui les a accompagnés au moment du récit présenté par les mères et par rapport à la nature des actions prises en conséquence. J'ai tenté ainsi de saisir le modèle explicatif et interprétatif qui se profile derrière les actions commandées par les signes. Les récits portant sur des éléments ultimes (mort, maladie dangereuse) sont susceptibles de nous fournir les clés de l'intelligibilité dans la mesure où ces récits mettent en jeu les fondements même de l'existence, ils sont révélateurs des dynamiques cachées (Bibeau, 1995). Cette démarche m'a permis de ressortir le schéma décisionnel qui se laisse entrevoir depuis le début de l'épisode fébrile jusqu'au premier contact avec les sources de soins sollicités.

2.6 Difficultés de terrain

La collecte des récits des mères sur les épisodes de fièvre chez leurs jeunes enfants ne s'est pas réalisée sans difficulté. En raison, peut-être, de la charge émotionnelle liée à l'événement traumatisant que fut la maladie de l'enfant, plusieurs des mères rencontrées ont été plutôt laconiques dans leur rappel des événements vécus. Il a donc fallu les encourager à parler et les inciter à livrer des détails sur les faits et gestes qui ont marqué le temps de la maladie. Il est arrivé qu'en lieu et place d'un récit proprement dit, je dusse intervenir pour relancer les mères et les encourager à relater les faits tels qu'ils se sont produits pendant l'épisode de fièvre chez l'enfant. Aussi plusieurs récits se présentent-ils comme des formes de dialogues faits de questions et de réponses.

Parfois, le récit même des faits s'est fait en présence des personnes non impliquées directement dans l'enquête. En effet, en raison de l'organisation spatiale de l'habitat et des habitudes de vie dans le milieu, je ne pouvais m'autoriser à converser en tête-à-tête avec une mère d'enfant sans attirer quelque suspicion sur la nature de nos entretiens surtout à cause de la question du consentement individuel. Ainsi, lors des entretiens, aucune mère d'enfant n'a été seule avec moi : le mari, un beau-parent ou un voisin de la mère s'octroyait le droit d'être présent au moment du

récit donné par la mère. A l'occasion, une telle personne dont je ne pouvais que tolérer la présence, a ajouté son grain de sel en rafraîchissant la mémoire de la maman sur tel fait ou événement intimement lié à l'épisode de la fièvre chez l'enfant. Le chef d'un village a même voulu user de son autorité pour engager d'office dans l'étude toutes les femmes du village qui répondaient aux critères énumérés. Mais, avec tact et patience, j'ai pu le persuader que la décision de participer ou non à l'étude relevait de la responsabilité individuelle et personnelle de chaque mère sans que ceci ne porte nullement atteinte à l'ordre établi.

Dans leur narration des événements qui se sont produits pendant l'épisode de fièvre chez leur enfant, les mamans ont présenté les faits, non pas simplement par rapport à elles, mais plus encore par le moment qui les a le plus marquées ou celui dont elles se sont le mieux souvenu. En raison aussi du caractère spécifique des informations recherchées, je ne pouvais avancer qu'au rythme de la survenue des épisodes fébriles.

Chapitre IV : Les modèles explicatifs et la demande de thérapie

Ce chapitre présente les modèles explicatifs et interprétatifs des mères par rapport aux épisodes de fièvre chez leur jeune enfant ainsi que les démarches de demande de thérapie.

1 Les modèles explicatifs et interprétatifs

Kleinman (1980) définit le modèle explicatif de la maladie comme un ensemble de croyances ou de conceptions qui visent à expliquer, pour un épisode donné de maladie, ses causes (étiologie), le moment et les modalités de la manifestation des symptômes, la pathophysiologie, l'évolution de la maladie (gravité et rôle du malade) et son traitement. Le modèle explicatif met l'accent notamment sur la justification des démarches d'aide (qui consulter, quand, où et pourquoi). Selon Kleinman, les modèles explicatifs sont élaborés en fonction d'un problème de santé : ils ne sont valides et compréhensibles que dans un contexte particulier (Diallo, 1998). Ils sont construits et utilisés pour expliquer un épisode particulier de maladie chez un individu donné et non pour exprimer une représentation sociale de la santé et de la maladie dans sa globalité. Cette section-ci rend donc compte de l'analyse faite, à Hwakpè-Daxo, par les mères des enfants ayant présenté un épisode de fièvre, sur le traitement de la maladie, à travers les étapes de l'explication étiologique, du diagnostic et du pronostic.

1.1 Les systèmes de signes, de sens et d'action

L'exploration des signes a pour objectif de dégager les éléments considérés comme ayant une valeur diagnostique et de les compléter par un examen des signes perçus comme antécédents ou précurseurs de ceux associés à un sentiment d'aggravation ou d'amélioration et de ceux auxquels les mères ou le groupe organisateur de la thérapie attribuent une valeur pronostique. Le système de signes se réfère donc à la sémiologie populaire et le système de sens fournit une explication

profane à la maladie. On peut aussi le désigner comme l'étiologie profane. Le système d'action est l'ensemble des comportements individuels et sociaux d'utilisation différentielle des services de santé ou de recherche de soins en général. C'est la demande de thérapie.

Les signes évoqués ou décrits par les mères sont :

Forte température

Yeux rouges

Manque d'appétit, refus de manger, abandon du repas

Fièvre

Maux de tête

Toux

Diarrhée

Vomissement

Anémie

Calme

Raideur du corps

Indifférence aux jeux

Tête chaude

Corps chaud et Toux

Fièvre et vomissement

Sommeil agité

Urines foncées

Diarrhée et vomissement

Convulsion

Paume des mains froide

Plante des pieds froide

A partir des récits des mères, j'ai essayé d'élaborer une typologie des signes décrits en les regroupant au sein de trois sous catégories. Il s'agit des sous catégories des signes descriptifs, des signes d'aggravation et des signes d'amélioration.

1.1.1 Les signes descriptifs

L'indifférence au jeu, la tendance à l'isolement, la dépendance à la mère ou les pleurs intempestifs sans raison apparente comptent parmi les signes descriptifs les plus caractéristiques auxquels la mère ou même une tierce personne fait appel pour anticiper un malaise chez l'enfant. Mais, habituées qu'elles sont à certains caprices des enfants qui cherchent à concentrer l'attention sur eux, les mères ne sont pas toujours sûres s'il s'agit d'un mal réel. Ordinairement, elles tempèrent pendant quelque temps afin de laisser les choses se préciser. En effet, dans un contexte où c'est la course pour la survie, les mamans n'ont pas toujours assez de temps à donner même si elles ont beaucoup d'affection pour leur enfant. Elles savent user de certaines stratégies pour contrôler le sérieux des plaintes ou du comportement des enfants. Elles manipulent au besoin l'enfant en lui faisant un peu peur de façon à déceler la sincérité des plaintes ou le sérieux des signes.

Les accès simples de paludisme sont très souvent considérés comme une maladie naturelle. Quant aux formes graves ou compliquées, le modèle explicatif ne prévoit pas l'éventualité de l'évolution de la maladie vers un état plus grave, causant d'autres maladies. La frontière entre les signes descriptifs de la maladie et ceux d'aggravation est bien tenue. L'enfant africain, on le sait, évolue sous le regard avisé des personnes plus âgées de la maisonnée ou du voisinage ; lorsqu'un changement se produit dans son comportement habituel, cela est forcément vite su et porté à la connaissance de la mère. C'est donc un comportement inhabituel chez l'enfant qui pousse la mère à l'observer plus attentivement et déceler par-là même les signes d'aggravation.

1.1.2 Les signes d'aggravation.

Les mères ont noté comme signes d'aggravation de l'épisode fébrile chez les enfants :

- l'hyperthermie;
- le manque de sommeil;
- l'agitation pendant le sommeil;
- la convulsion avec plafonnement du regard;
- le manque de sang (anémie);
- la toux toute la nuit;
- la diarrhée et le vomissement;
- les gémissments;
- le manque d'appétit;
- la fatigue générale.

Les signes d'aggravation sont en fait ceux qui retiennent davantage l'attention puisqu'ils ont été le lieu de toutes les épreuves et de toutes les émotions. Ils décrivent la maladie et ont été souvent associés à d'autres affections. Le manque de sommeil, la convulsion, l'anémie, la raideur de tout ou d'une partie du corps avec plafonnement du regard sont les principaux signes d'aggravation de la fièvre énumérés par les mères et qui ont fait que *"les talons ont tapé les fesses"* (littéralement, ont fait courir le monde). Les mères désignent les cas graves de la maladie par l'appellation *«Hwésivo asu»*. Cette expression, littéralement traduite veut dire *«le soleil mâle»*. Le paludisme étant identifié au soleil, sa forme mâle peut être comprise comme la forme la plus puissante et la plus redoutable. Et cette forme mâle ou *Hwésivo asu* est généralement associé à d'autres affections comme en témoigne cette mère :

«C'était la chaleur et rien que la chaleur jusqu'à ce que celui-ci (désignant du geste la terre, pour signifier en fait la variole) ait commencé par sortir sur son corps».

Cette femme refuse de désigner la maladie incriminée par son nom qu'elle déclare ne pas connaître. Elle ne sait pas non plus d'où vient cette maladie. Mais tout ce qu'elle sait, c'est que c'est une maladie redoutable. Un thérapeute traditionnel m'a expliqué plus tard qu'en désignant la terre ou le sol, la maman faisait allusion à la variole, connue sous le nom *Sakpata*²⁸ qui désigne à la fois la maladie et la divinité de la terre dans le milieu. Ainsi, malgré les déclarations officielles de l'OMS qui certifient l'éradication de la variole, certaines mères continuent de redouter cette maladie. Une autre maman dont la fille a convulsé des suites d'une fièvre nomme, pour sa part, *Azonka'nka'n*, la crise de son enfant et décrit la maladie comme suit :

«Elle faisait des frissons, s'excitait et s'étirait et j'ai vu que c'est Azonka'nka'n. Elle s'excite et peu après, elle reste sans mouvement puis ensuite elle s'étire et a les yeux grand ouverts. J'ai eu peur. J'ai eu grand' peur».

Azonka'nka'n pourrait se traduire la maladie du raidissement et la description de la maman correspond aux manifestations du neuro-paludisme selon la définition qu'en donne la littérature bio-médicale. Rappelons-le, le neuro-paludisme est une forme maligne du paludisme caractérisée par une encéphalite fébrile avec convulsion, parfois des troubles du comportement, agitation, voire coma. Il est à distinguer de la méningite par l'absence de la raideur de la nuque et la ponction lombaire négative.

On le voit, la relation entre le système de signes, de sens et d'action est évidente. Le raidissement du corps de M. avec plafonnement du regard est le signe qui a effrayé la mère. A ce signe, elle a identifié *Azonkan'kan'* qui n'est pas un mal de l'hôpital ou pour l'hôpital. En conséquence, et en raison de la place de l'autorité du père, elle s'est dirigée vers là où il réside et celui-ci pris alors les dispositions utiles pour «mettre l'enfant hors de danger.»

²⁸ La divinité *Sakpata* fait partie du panthéon *Fon* et a été introduit à Ouidah à la suite de la conquête de 1741

La littérature sur le paludisme rend bien compte en fait des signes de gravité ou d'aggravation de la fièvre tels qu'ils ont été identifiés par les mères. A ce sujet, Diallo (1998) avait noté à la suite de Halima et coll. (1995) que :

«Les symptômes des formes graves ou compliquées, accompagnées ou non de la fièvre (convulsion, anémie, splénomégalie, raideur de tout ou d'une partie du corps avec plafonnement du regard, etc.) ne sont pas perçus comme des indices de paludisme et lui sont rarement attachées par les femmes (Halima et coll., 1995). Leur traitement relève de la médecine traditionnelle et, dans le cas des convulsions, il s'agit d'une maladie qui réclame des procédures sophistiquées. La médecine moderne reste un dernier recours».

Généralement, les convulsions, le délire ou le coma sont perçus comme un état grave de l'enfant, non communicable et mortel. La fièvre très élevée est souvent considérée comme un signe de gravité, et le syndrome convulsif est considéré comme potentiellement mortel surtout lorsque l'enfant est encore jeune (Roger- Petitjean, 1992). Ainsi, rapporte Diallo (1998), les symptômes des formes graves ou compliquées, accompagnées ou non de la fièvre (convulsion, anémie, splénomégalie, raideur de tout ou d'une partie du corps avec plafonnement du regard, etc.) ne sont pas perçus comme des indices de paludisme et lui sont rarement attachées par les femmes (Halima et coll., 1995).

Dans son récit, une mère qui a fait traiter au CCS une crise grave de paludisme chez deux des enfants a déclaré que son mari lambinait à consulter la médecine traditionnelle. Et, prenant sa belle-sœur à témoin, elle a menacé d'en consulter un autre si son mari continue de la faire patienter pour aller chez un thérapeute qui serait absent et qu'il fallait attendre :

« *Wa mi son amawatobu kè* »(Allons-nous-en chez un autre Amawato) lança-t-elle à sa belle-sœur et interrompit ainsi son récit.

Autant certains signes inquiètent, effraient, font courir et/ou font paniquer les parents, autant d'autres les persuadent rapidement que le cas est déjà hors de danger ou sous contrôle. Dès lors, tout autre effort devient pratiquement superflu voire inutile. Il s'agit des signes dits d'amélioration.

1.1.3 Les signes d'amélioration

Les signes d'amélioration cités par les mères interrogées sont :

- la baisse de la température
- une nuit plus calme
- la disparition de la toux
- un sommeil reposant
- le retour au jeu
- l'intérêt retrouvé pour les aliments
- une observation positive du personnel soignant

Toutes les mères qui ont eu recours au centre de santé à cause de la gravité du cas de leur enfant ont affirmé avoir suivi scrupuleusement les prescriptions du complexe communal de santé (CCS). La vérification du carnet de soins et des prescriptions m'a permis de constater qu'aucune mère n'a en réalité respecté à la lettre les prescriptions, ni les dosages, ni l'intervalle des prises. Les ordonnances médicales qui complétaient les soins prodigués au centre de santé n'ont jamais été honorées ou ne le furent que partiellement dans le meilleur des cas. La maman de R. a raconté :

«Après les soins du premier jour, l'infirmière m'a demandé de revenir après trois jours pour qu'elle évalue les effets du traitement sur l'enfant. Quand je suis retournée, elle m'a dit que telle que la chaleur (la température) est maintenant, c'est bon. Et elle m'a remis une ordonnance que j'ai donnée au père de l'enfant. C'est encore avec lui présentement».

La remarque de l'agent de santé sur l'amélioration de l'état de l'enfant (*maintenant, c'est bon*) dispense du coup les parents d'honorer l'ordonnance pour régler un problème qui n'existe plus, puisque c'est la professionnelle même qui avait parlé. Cette maman parle de l'ordonnance à laquelle le père n'a pas pu donner suite comme n'ayant aucun lien avec le problème de santé de son enfant.

Une autre mère, dans une situation similaire, se fait plus explicite sur ce genre de comportement :

«puisqu'il y avait eu du mieux, je ne me suis plus mise en peine pour aller dépenser encore. Vous savez comment c'est difficile de trouver l'argent».

Ainsi la crainte de dépenser peut être à la base de l'abandon ou de l'interruption du traitement. La tendance à abandonner le traitement dès le moindre signe d'accalmie est assez généralisée chez les mères interviewées quelle que soit la source de thérapie considérée. Quand il y a du mieux, que ce soit le constat des professionnels ou celui des parents, plus rien ne presse, plus rien n'est urgent. Il n'y a plus lieu de se mettre en peine pour un problème de santé qui est déjà potentiellement réglé. Dès que l'on recommence à dormir la nuit et que les signes qui avaient fait courir ont disparu ou ont au moins diminué d'intensité, la cause est entendue, l'enfant est hors de danger. Ce constat est valable aussi pour les traitements traditionnels. La mère de F. a raconté :

«Quand l'enfant a pris ça, il y a eu un peu d'accalmie et le père a promis d'aller chercher les mêmes feuilles pour renforcer et compléter le traitement. Mais il ne l'a plus fait. En fait, c'est lui-même qui a été malade et n'a pas pu aller chercher les feuilles».

Le constat est que le traitement n'a pas été poursuivi quelles que soient les raisons qui expliquent ou justifient l'abandon du traitement. Une forte charge affective et émotionnelle accompagne la description des signes et permet de les situer dans leur vrai contexte pour comprendre le discours de la maman relativement à un événement

traumatisant dans la vie de son enfant. C'est de ce lieu que s'éclaire la relation entre les signes, le sens et l'action ou les actions.

La section qui suit consacre la démarche de demande ou de recherche de thérapie et permet de saisir la relation entre les systèmes de signes, de sens et d'action.

1.2 La démarche de recherche de thérapie

L'organisation des démarches de recherche de thérapie est liée aux modèles étiologiques et sémiologiques. A l'intérieur de toutes les sociétés humaines, la quête de sens demeure au centre des préoccupations de recours aux soins de santé. Ainsi toute personne qui donne un sens à sa rupture de la santé le fait au sein de sa matrice socioculturelle (Corin et coll., 1990). Les expériences passées, les croyances populaires et certaines considérations personnelles reliées aux valeurs du milieu participent de la construction du sens donné à la maladie de l'enfant. Les mères des enfants souffrant ou ayant souffert d'un épisode de fièvre au moment de l'enquête à Hwakpè-Daxo en ont donné les significations aussi diverses que : les cas de décès observés par le passé à la suite d'une fièvre, les mauvais esprits, la peur de perdre le seul enfant ou l'identification du problème de santé de l'enfant comme un mal qui ne doit pas être traité au centre de santé. Les actions et réactions observées chez les parents à la suite de leur évaluation du problème de santé participent toutes de la démarche de recherche de thérapie.

La démarche est significative parce qu'elle a beau apprécier la nécessité ou l'urgence de s'adresser à une source de soins autre que la maison, elle ne peut agir unilatéralement. Elle a besoin de prendre à témoin un des parents élargis de l'enfant. On peut donc comprendre qu'en l'absence du père, l'une de ses sœurs répond de son autorité.

Trois tendances se dégagent des discours des mères à travers leurs récits : (1) j'ai pris la décision moi-même, (2) j'ai attendu la décision du père, (3) mes beaux-parents et moi avons pris la décision.

1.2.1 Les tendances observées

1.2.1.1 La mère prend la décision

Lorsque survient une crise grave de fièvre, il est arrivé que la mère ait pris toute seule la décision relative à la demande de thérapie. Beaucoup de mères, certes, manquent chroniquement de ressources. Mais il arrive que certaines disposent de revenus propres. Quand l'un des enfants de ces femmes-là tombe malade, elles ne laissent l'initiative des soins à personne. Qu'elles vivent avec leur mari ou non, elles se dirigent promptement vers le centre de santé et y déboursent ce qu'il faut pour traiter l'affection sans attendre le père qu'elles informent de leur démarche. Plusieurs cas de figure se présentent.

- Si le père est présent et en a les moyens, il peut réagir en remettant à la mère une provision nécessaire pour pourvoir aux frais médicaux pour affirmer son droit de décider.

- Si au contraire, il ne dispose pas de ressources sous la main, il peut se dérober en usant de divers stratagèmes, ordinairement bien connus des femmes : l'affection peut être déclarée hors du champ de compétence de la médecine moderne ou même pas suffisamment grave pour nécessiter le recours à des soins en dehors de l'espace domestique.

- Les fonds nécessaires aux soins peuvent aussi être fournis par une tierce personne : un oncle maternel de la mère de l'enfant²⁹ par exemple.

²⁹ En milieu *xwéda*, l'enfant de la sœur est l'objet de bien des complaisances de la part de ses oncles maternels sans distinction de sexe, d'âge ou de condition sociale. Le neveu et la nièce ont

1.2.1.2 La mère attend la décision du père

Les cas pour lesquels les mamans ont attendu la décision du père sont les plus nombreux. Le discours de la maman est précis «*c'est son père qui doit réagir d'abord avant que moi j'agisse*». En fait de réaction attendue du père, c'est que celui-ci remette de l'argent pour payer les frais de consultation et le traitement. S'il ne débourse pas, la maman ne pourra pas se présenter au centre de santé où elle devrait payer pour le traitement à recevoir. Il est évident que dans son cas, elle n'a pas de moyens propres. Dépendant à ce titre de son mari et des possibilités réelles ou supposées de celui-ci, elle n'a pas beaucoup de choix.

La question du manque d'argent explique ou même justifie, dans bien des cas, les tergiversations et autres stratégies d'évitement observées lors de mes enquêtes au sujet de certaines affections qui ont été fatales alors qu'une intervention efficace faite à temps aurait pu sauver la vie de plusieurs enfants, décédés, faute de soins appropriés. Le manque d'argent est aussi à l'origine des nombreux cas de non recours à une source de soins hors de la maison, des retards à s'orienter vers une source de soins conventionnels ou même du fait de ne pas honorer les ordonnances ou de le faire à moitié. Lorsque la mère ne dispose pas de ressources propres pour recourir aux sources de soins qu'elle juge adéquats, elle se résigne en attendant que son mari daigne lui fournir les moyens nécessaires pour honorer les ordonnances du centre de santé. Elle se résigne et déclare :

«Nous sommes deux. Si cela est bon, ça va nous profiter à tous deux».

Comme on le voit dans ce cas-ci, faute de ressources personnelles, la seule solution qui reste à cette mère est d'attendre la décision de son mari qui semble bien peu se préoccuper d'«une simple plaie».

donc des droits prescrits. A ce titre, un oncle se sentira en devoir de pourvoir à maints besoins de ses nièces et neveux.

1.2.1.3 La décision est prise de concert avec les beaux-parents

Les cas graves les plus courants qui mobilisent toute la maisonnée sont ceux qui se produisent au moment où le père est absent. A priori, les mères ne sont jamais seules à agir. La dynamique même de l'habitat est telle que personne n'est seul a priori. Dès qu'il y a un problème de santé chez l'enfant, c'est toute la maisonnée qui se sent concernée pour la recherche de la thérapie et réagit en conséquence. Cet élan de solidarité est spontané car il faut «arranger le derrière de ses proches³⁰» Et, selon que la mère est perçue comme une femme sociable, respectueuse et serviable, les sollicitudes et largesses viendront de toutes parts. D'une façon générale, quand les deux parents vivent ensemble, la mère se réfère à son époux pour lui présenter le cas. Mais le père et la mère ne sont presque jamais les seuls à prendre soin de l'enfant malade. Les beaux-parents aussi interviennent comme le confirme une mère du village Hwakpè-Daxo :

«C'était pour nous porter mains fortes, nous aider. Si ton enfant est malade et que cela te dépasse d'une certaine façon, si tu n'as pas de moyens, si ton frère en possède, il va t'aider un peu. Et ils ont fait ça pour nous aider».

Pour désigner un beau-parent, la maman utilisera l'appellation par laquelle son enfant est censé nommer l'intéressé. Ainsi lorsqu'elle dit *Atavice*³¹ (mon jeune oncle) *kpodo Daagnonucé kpo*³² (ainsi que ma tante), elle parle de l'oncle et de la tante de son enfant. Celui-ci apprend ainsi à désigner correctement ses oncles et tantes. La décision de la recherche de thérapie ayant été prise de concert, il est plus facile de

³⁰ Cette expression peut être comprise comme sauver une situation alors que le principal répondant est absent. Mais ce n'est guère une licence accordée à certains pères pour se dérober à leurs obligations parentales.

³¹ *Atavi* veut dire petit père. *Ta* signifie la tête, le chef et *Vi* veut dire enfant, petit. *Cé* (prononcer tché) signifie : à moi, mien, le mien.

³² *Daagnonucé* : *Daa* signifie père, chef de famille; *gnonnu* désigne la femme. Toute l'expression signifie donc père mon père femelle et désigne la tante paternelle.

rassembler les fonds nécessaires pour faire face aux exigences du centre de santé. En effet, dans le cas précis de cette femme qui vient de Toligbé, l'épisode fébrile de son enfant est associé à un cas d'anémie grave. Il a fallu transfuser en urgence l'enfant malade à l'hôpital de Ouidah. La transfusion et le traitement d'appoint avaient nécessité beaucoup d'argent et elle précise ici le rôle joué par ses beaux-frères et sa belle-sœur :

«Lorsque nous avons manqué d'argent à l'hôpital, c'est mon beau-frère qui a complété ce qui manquait. Ma belle-sœur aussi en a ajouté et nous avons acheté les produits prescrits et le sang».

Ils sont donc nombreux et divers ceux qui prêtent mains fortes ou interviennent dans le processus de prise de décision. La section suivante présente la place du père et sa prépondérance dans le processus décisionnel, le rôle central de la mère et l'apport et la nature des autres membres du groupe organisateur de la thérapie.

2 Le groupe organisateur de la thérapie

Le comportement des mères dans la recherche de soins aux enfants en cas d'épisodes fébriles à Hwakpè-Daxo ne découle pas seulement de leurs modèles explicatifs- interprétatifs, mais il dépend surtout de la structure de prise de décision dans la famille. Il importe donc de regarder de près le groupe organisateur de la thérapie pour identifier le profil de ses membres et les différents rôles joués par les uns et les autres.

2.1 La place du père

«Son papa, une tante et un de ses oncles paternels, des sages, des personnes âgées qui connaissent les vertus des plantes et leur utilité».

«C'est moi-même qui ai pris la décision de conduire l'enfant à l'hôpital. Mais

j'ai reçu l'accord de son papa. C'est à lui que revient le dernier mot».

La décision de la recherche de soins relève de l'autorité du père. Mais n'importe lequel de ses parents (ascendants ou collatéraux), qui vit en général dans la même concession, peut exercer de plein droit cette autorité.

Rappelons-le, le groupement familial Hwéda est basé sur le lignage patrilinéaire exogamique et la parenté n'y est reconnue qu'en ligne paternelle. Et c'est le cas pour toute l'aire culturelle Aja-Tado dont il est issu. Ainsi, lorsque se pose un problème de santé chez l'enfant, la mère en informe le père ou l'un de ses parents proches. Il n'est donc pas étonnant que la maman de M. se hâte avec son enfant pour se rendre dans le hameau où réside le père. Priée d'expliquer pourquoi, malgré la gravité du cas de sa fille, elle a abandonné tous les services de qualité disponibles à Ouidah pour se précipiter chez le père au village elle précise : «C'est un mal qui ne va pas à l'hôpital.»

Le geste posé autant que l'argument de la maman sont édifiants. Le tout n'est pas d'avoir des services de santé disponibles. Il faut que la représentation que l'on a de la maladie autorise le recours à cette source de soins. Et dans ce cas précis, c'est non.

De plus, l'autorité du père est incontournable : la mère le sait et le reconnaît :

«Tant que le père est vivant et n'habite pas outre Atlantique, il faut lui amener son enfant pour que lui-même voit de ses propres yeux le cas et fasse ce qu'il y a lieu de faire».

Le cas de l'enfant est suffisamment préoccupant pour mériter une action prompte. Pourtant la maman ne craint pas les délais et se fait transporter d'urgence à Gohoucodji.

L'une des femmes interrogées a dû quitter Ouidah où sont dispensés des soins spécialisés pour se rendre chez le père de sa fille au village. Elle voulait ainsi mettre le père devant ses responsabilités. Le grand-père de l'enfant malade peut être la personne de référence qui exerce l'autorité dans la concession familiale. Il examine la situation et rassemble les informations utiles pour prendre les décisions qui s'imposent. Le père, les oncles, les tantes et grands-parents et les personnes âgées de la maisonnée sont mobilisés autour de lui aux fins d'actions à prendre. Chaque membre de la maisonnée impliquée dans la recherche de soins propose ses formules ou recettes en fonction de sa connaissance de la maladie. Celui qui a utilisé un certain médicament pour un cas similaire en vantera les bienfaits. Un autre le contredira ou émettra des réserves. Lorsqu'une décision est prise, le père est sollicité le premier à fournir les moyens pour sa mise en œuvre. Selon les capacités financières du grand-père, il pose un geste de bonne volonté pour indiquer aux autres parents présents la conduite à tenir.

2.2 Le rôle central des mères.

Diverses actions énumérées par les mères dans leurs récits montrent que le domaine des soins aux enfants notamment relève de leur sphère, de leur espace et de leur domaine de compétence. La déclaration qui suit le souligne bien :

«C'est moi-même qui m'occupe de donner les médicaments prescrits par les infirmiers. Des fois, je bénéficie de l'aide de mon mari. Mais c'est le rôle de la femme et non celui de l'homme de s'occuper de l'enfant»

Les soins aux enfants font partie du quotidien des mères. Mais, parce qu'ils participent précisément des faits et gestes mille fois répétés, ils manquent de visibilité et ne sont comptabilisés presque nulle part. Et quand survient un malaise chez l'enfant, la maman, avant de solliciter, demande une thérapie en dehors de l'espace domestique :

- donne des tisanes et/ou administre des bains fébrifuges;
- plonge un pagne dans l'eau et je l'en enveloppe à intervalles réguliers jusqu'au petit matin;
- observe le cas pendant quelques jours (souvent 3 jours) avant de réagir autrement;
- donne de la chloroquine, de l'aspirine ou du paracétamol (automédication)

Ainsi, quelle que soit la sous-catégorie de signes considérée, la maman joue un rôle de premier plan. Et c'est encore elle qui, la nuit doit réveiller le père et l'informer de la situation de malaise chez l'enfant.

2.3 Les autres membres du groupe organisateur de la thérapie

Même si l'autorité du père ou du grand-père est centrale, les faits observés sur le terrain montrent que l'on se fie volontiers aux avis des autres membres du groupe domestique qui ont un rang social élevé dans le milieu (personne instruite, qui fréquente la ville ou qui a une expérience de voyage). Ainsi, pour prendre sa décision, le grand-père se tournera vers ces personnes pour les écouter par rapport à leur connaissance du problème de santé en cause, si l'évaluation de la situation aboutit à la nécessité de solliciter des soins à l'extérieur de l'espace domestique. Si l'un des oncles maternels de l'enfant malade ou de sa mère est présent dans le groupe, c'est à lui que revient d'abord l'honneur de donner sa contribution à la réalisation de démarche envisagée.

«Les oncles ; je suis avec eux. Ils m'aident beaucoup financièrement et matériellement. J'ai reçu l'accord et l'approbation de son papa. Je ne peux rien faire sans lui. C'est grâce à lui que je suis venue ici au centre de santé».

«Ceux qui interviennent ? Des parents. Des fois, il y aussi des connaissances. Mais je m'adresse surtout à sa grand-mère c'est-à-dire ma mère. Je bénéficie aussi de l'assistance de mon mari et de ses frères».

«Je me suis adressé à mes beaux-frères, mais c'est surtout à mon beau-père. C'est suite à leur décision que je suis venue ici».

«Je ne suis pas seule. Je bénéficie de l'assistance de mes sœurs et surtout celle de ma mère. Je ne vis pas avec le père de l'enfant. Il ne demande rien concernant l'enfant. Il y a longtemps que je l'ai vu. C'est difficile d'avoir un mari pareil».

«Ma mère, mes oncles maternels et mes frères aînés. Eux aussi s'occupent de l'enfant avec moi. S'ils ont quelque médicament, ils donnent à l'enfant. Mais, je dois le dire, en général ici, quand l'enfant a la chaleur, dès que l'enfant commence à avoir la chaleur, ils vont te crier dessus pour te pousser à le conduire au centre de santé ».

De l'analyse des récits des mères, se dégage un profil du schéma décisionnel depuis les premières manifestations de la maladie jusqu'au contact avec l'une ou/et l'autre source de soins.

Ce schéma ou modèle décisionnel est représenté sur la figure N° 6 ci après :

Figure 6 : Modèle décisionnel des premiers soins jusqu'aux contacts avec une source extérieure de soins

3 Le schéma décisionnel

Cette figure montre une mère avec son enfant sur les genoux, un père avec un enfant, une maison et le centre. La maison et le centre de santé constituent l'ensemble que Saillant (1999) désigne sous le nom d'espace thérapeutique. Le traitement peut donc commencer et finir à la maison ou passer par le centre de santé.

L'enfant est plus en contact avec sa mère. Elle est donc, généralement la première personne ou la plus susceptible de déceler un changement dans la température du corps de l'enfant ou tout autre signe révélateur. Elle met un premier traitement présomptif (la chloroquine³³ et le paracétamol) puis observe l'évolution de l'état de l'enfant. Elle peut, à l'occasion compléter cette médication par des infusions ou des bains réputés pour «chasser la fièvre». Si la fièvre disparaît après ce traitement, la mère ne s'embarrasse plus. Elle passe à autre chose. Si, par contre, l'accalmie n'était que trompeuse, après quelques jours la fièvre réapparaît, plus forte, inquiétante... La mère en informe alors le père, car, à ce stade, le cas devient sérieux.

Le père ici incarne l'autorité de décision et, son propre père, sa mère, l'un quelconque de ses frères peut assumer cette responsabilité. Le père décide de la source de soins qu'il juge la plus indiquée et envoie la mère si c'est le centre de santé. Si, au contraire, il s'agissait d'un guérisseur, il prend lui-même le devant des opérations et se dirige chez le soignant identifié avec la mère et l'enfant. Les cases identifiées comme la maison sur cette figure représentent à la fois l'espace domestique et la case du thérapeute traditionnel qui ne se distingue nullement des autres cases ou maisons du village. Quant à l'édifice de droite, c'est le complexe communal de santé. Il représente tout ce qui se rapporte à la médecine moderne. Les flèches noires qui partent de la maison et du centre de santé vers la mère indiquent

³³ Longtemps antimalarique de choix, ce produit voit son emploi singulièrement restreint par l'extension de la chloroquinorésistance de *P.falciparum* (Coulaud, 1993). Mais cette information est peu diffusée et les population rurales, continuent, comme c'est le cas à Hwakpo-Daxo de

qu'en réalité, elle est au centre même du processus décisionnel. Quelle que soit la décision à prendre et quel que soit le lieu où cette décision doit être prise, les faits observés et les discours des mères montrent que l'on se tourne à chaque fois vers elles pour leur demander de décrire comment les choses se sont déroulées. Et toutes les fois qu'une médication est proposée ou prescrite, c'est à la mère que revient la charge de veiller à une bonne observance des prescriptions. Lorsque la décision est de s'adresser à un thérapeute traditionnel, c'est ordinairement le père ou la personne la plus âgée du groupe familial ou de la maisonnée qui introduira la requête auprès du soignant. En effet, comme l'indique la flèche en direction de la maison (lieu d'exercice du thérapeute traditionnel et lieu de divination) les pratiques observées montrent que les jeunes fréquentent peu les thérapeutes traditionnels. Consulter un guérisseur ne se passe presque jamais sans consulter *Fâ*, le destin. Or celui-ci fait souvent des révélations qui, une fois portées à la connaissance d'un sujet peut le troubler bien plus que le mobile même de sa démarche. Aussi ne laisse-t-on pas non plus une femme aller consulter seule un guérisseur. Mais elle est bien entendu responsable des soins prescrits là-bas. Elle suit le mari ou le beau-père, comme une simple garde malade. L'autorité qui prend la décision laisse plus facilement la mère se diriger au centre de santé. Une de ses belles-sœurs peut l'y accompagner. Dans le dernier chapitre, je pars des études de cas et j'essaie de montrer comment s'articulent les différents concepts clés manipulés au cours de cette étude.

recourir à la chloroquine.

Chapitre V : Deux études de cas

Dans ce premier cas étudié, l'enfant malade est identifié par la lettre G qui n'a aucun rapport avec les initiales de son nom ou de son prénom.

Étude de cas 1 : Un antécédent malheureux

« Quand la chaleur a commencé avec lui, c'est ici que nous sommes venus et les agents de santé lui ont fait une injection et nous ont vendu les médicaments. (ACTION)

Premièrement, je dois vous dire que je porte une grossesse et il continue de me téter (SENS), je l'ai sevré. Il a commencé par faire la diarrhée. Et j'ai fait ce qu'il fallait pour ça à la maison pour couper la diarrhée (ACTION) avant qu'il ne commence par avoir la chaleur. Et quand il a commencé par avoir la chaleur, la chaleur dépassait les normes (SIGNES ET SENS) et c'est pourquoi nous sommes venus ici (ACTION). J'ai dit ce qu'il avait. Et, ils lui ont fait une injection et vendu les produits. C'est fini, quand nous sommes rentrés, il n'a plus rien eu d'autre (SIGNE D'AMELIORATION). Ce n'est pas que cela signifie quelque chose pour moi. Cela m'a effrayée (SENS). La chaleur était excessive (SIGNE), j'ai pris peur (SENS) et c'est pourquoi, je suis venue (ACTION).

Ah ! Vous avez un enfant sur les genoux et..., l'autre avait déjà fait ça et est parti (en parlant de la mort d'un premier enfant) et lui aussi va s'en aller comme ça (SENS)? C'est ça qui a fait que nous avons couru pour venir ici. J'en ai parlé à son père (G.O.T.) qui m'a remis de l'argent et nous sommes arrivés ici. Plus personne n'est intervenu. Non cela s'est arrêté ici. Je vis avec la grand-mère paternelle. Je dirais que c'est elle qui a alerté le père, elle a parlé à son fils qui m'a remis de l'argent. (G.O.T.) Intervention remarquée des beaux-parents.

Mon beau-père aussi est intervenu. Ce sont eux qui lui ont parlé et il m'a donné l'argent».

Il se dégage de cet extrait une pluralité de sens attribué à la maladie de l'enfant G. La mère de G. a moins insisté sur les *signes* (la chaleur dépassait les normes, la chaleur était excessive). Toute sa description se limite à l'excès de la chaleur. Par contre, elle s'attarde plus sur le (les) *sens* (je porte une grossesse et il continue de me téter; cela m'a effrayée; j'ai pris peur; l'autre avait déjà fait ça et est parti [en parlant de la mort] et lui aussi va s'en aller comme ça?). La maman porte une grossesse et pense que son état a quelque chose à voir avec la maladie de l'enfant qui continue de la téter». Dans l'imaginaire populaire et l'inconscient collectif, le lait d'une femme enceinte est souillé et est donc source de maladie pour tout enfant qui serait encore au sein à la survenue de la nouvelle grossesse. Ainsi tout malaise chez l'enfant allaité est perçu comme une conséquence du non-respect de ce code de conduite. Ainsi toute femme qui se retrouve dans une telle situation se sent mal à l'aise et coupable face au groupe. Dans le milieu, lorsqu'un jeune enfant a quelque malaise ou fait une crise grave, il est courant que les beaux-parents interpellent la mère ironiquement pour savoir si elle ne porte pas une grossesse.

Pour une meilleure explication de ce sens commun, il nous faut méthodiquement percevoir le sens (Bibeau, 1990). Et c'est le discours de la mère ainsi que les recoupement des pratiques observées dans les village qui nous permettent de dégager la logique qui organise le système de sens. L'enfant G. est le deuxième enfant de sa mère, mais le seul survivant. Le corps chaud est le mal qui avait emporté son frère aîné. Voilà pourquoi dès qu'il s'est porté mal, les grands-parents ont exercé la pression nécessaire pour orienter le recours aux soins dans le centre de santé de Hwakpè-Daxo. La maman n'a donc plus qu'un seul enfant au nombre des enfants de son mari. Son apport à l'agrandissement de l'enclos de son mari reste ainsi minime. En ''*confessant*'' qu'elle portait une grossesse, elle rend compte, en fait, de la façon dont la maladie de son enfant est interprétée dans le

milieu. En portant sa grossesse, elle supporte aussi le regard des autres qui estiment que tant que l'enfant n'est pas sevré, il n'est pas grand. Ainsi compris, sa mère ne peut prétendre à une nouvelle maternité. La maman est Hwéda et du village. Elle a déclaré ne pas être inquiète ou menacée parce qu'elle se trouve dans son milieu. Devrait-on comprendre que des menaces pourraient peser sur une nourrice enceinte si elle n'était pas parmi les siens à Hwakpè-Daxo ?

Le reste du récit a continué sous la forme d'un dialogue, car la maman qui croyait en avoir assez dit ne voulait plus continuer son récit.

Question : Vous avez dit que l'enfant a commencé à chauffer. Est-ce que cela a commencé un matin et vous l'avez amené aussitôt ou bien quoi ?

- Non. Cela a commencé un soir pour lui. La nuit, nous étions couchés et toute sa tête était chaude. Au réveil, j'ai plongé un pagne dans l'eau et je l'ai couvert avec le pagne trempé (*ACTION*) et cela a cessé un peu. Puis sur l'heure de midi, la chaleur était excessive et nous sommes arrivés ici.

Question : Cela a duré combien de jours avant que vous n'alliez consulter à l'hôpital ?

- Non. Cela s'est passé un soir et nous avons consulté le lendemain.

Question : Le lendemain, vous vous êtes rendus au centre de santé. Mais ce qui vous a fait peur c'est que cela s'était passé avec un enfant par le passé. Serait-il son aîné ?

- Oui, le premier.

Question : Et le cadet de celui-ci, il n'est pas encore là ?

- Non, il n'est pas encore là. Il reste ...

- Il est donc en route ?

- (Rires de la maman qui complète «il reste un peu»). Celui-ci n'est pas encore grand.

Question : Il n'est pas assez grand ? Vous m'avez dit être porteuse d'une grossesse n'est-ce pas ?

- (Grands rires) *Ejélo, Ha ! ha!* Il reste un peu et lui aussi verra le jour.

Question : G. a quel âge présentement ?

- Il a deux ans et demi. A présent, c'est lui seul. Il est mon deuxième enfant mais le seul qui me reste à présent.

Question : Aurait-il au hasard d'autres frères ou sœurs nés de son père ?

- Oui. Mais ceux-là ne sont pas de moi.

- Sont-ils plus âgés que lui ?

- Oui

- Vous-même, parlez-vous la langue Xwéda ?

- Je suis Xwéda

- Êtes-vous de Hwakpè ? Et les autres ?

- Je suis moi-même de Hwakpè. Ils sont aussi de Hwakpè.

- Voulez-vous dire les autres enfants de votre mari ?

- Oui

Le réflexe de la mère fut de procéder à un enveloppement froid pour faire chuter la fièvre. L'accalmie fut de courte durée. Notons, dans le processus de prise de décision, le rôle joué par les grands-parents de l'enfant G. La première personne mentionnée par la mère du sujet G. est la grand-mère paternelle de l'enfant. *«Je dirais que c'est elle qui a alerté le père, elle a parlé à son fils qui m'a remis de l'argent»*. Il est important de souligner ce rôle de la grand-mère car dans la suite du récit, on s'aperçoit que la réaction du père n'a pas été la même.

- Mais avez-vous remarqué que ses lèvres se fendillent ?

- Moi, j'ai vu. Mais c'est son père qui doit réagir d'abord avant que moi j'agisse.

- Vous n'aurez à agir qu'à la suite du père ? Ne pouvez-vous pas montrer cela au père ?

- Moi je lui ai déjà montré cela. Je le lui ai montré, mais il ne m'a rien dit. Il m'a simplement dit que ce n'est qu'une plaie. *(Le sens donné par le père à la deuxième affection (lèvres fendillées) détermine les actions à prendre. Ici, personne ne bouge, parce que ce n'est qu'une plaie selon le père.*

- Et si vous ne dites rien et que le cas s'empirait ?

- Nous sommes deux. Si cela est bon, ça va nous profiter à tous deux. (*Résignation de la mère face à la non-réaction du père*)?
- Et que fait son père ?
- Il va à la pêche
- Et vous-même, quel métier exercez-vous ?
- Je vends les tubercules de manioc en l'état ou je les transforme avant la commercialisation
- Parce que lui n'a pas encore réagi à la plaie aux lèvres de l'enfant, vous aussi, vous attendez ?
- Je lui en avais déjà parlé. Je lui en avais parlé, il n'avait pas réagi.
- Ne pensez-vous pas qu'il faudrait peut-être lui en reparler ?
- Faudrait-il se répéter tous les jours ? (*Non-dit de la conversation*)
- Je vous suggère de présenter le cas à l'infirmière avant de repartir. Ainsi, vous rendrez compte au père à la maison des conclusions de l'agent de santé. Merci pour la coopération.

Le silence du père peut paraître un manque d'intérêt ou une désaffection pour la mère qui n'ose pas le désavouer non plus. Il peut aussi se taire simplement parce que ne disposant pas de l'argent nécessaire pour les soins. A ce propos certaines réflexions des hommes du milieu sont édifiantes : «Les femmes sont toujours promptes à courir vers l'hôpital, sans même se demander si le mari a les moyens pour payer les frais de consultation et d'ordonnance médicale». L'enfant présentait des signes manifestes de malnutrition. La mère est souvent occupée par ses activités de commercialisation. Elle achète et transforme les tubercules de manioc. Elle laisse donc plus souvent l'enfant à ses beaux-parents, sa belle-mère ou des voisins à la maison. Alors celui-ci s'alimente de ce qu'il trouve ou de ce qu'on lui donne. L'enfant avait des conjonctives très peu colorées et était manifestement un mal nourri. J'ai dû le référer au CCS pour y recevoir les soins nécessaires et pour que l'infirmière renseigne un peu la maman. On s'est aperçu que le village reçoit des visites d'une animatrice, chargée de la promotion sociale. Cette animatrice vient faire

des démonstrations culinaires dans le village. La maman déclare être membre de l'équipe d'animation. Pourtant elle ne met pas forcément en pratique tout ce qui est enseigné aux autres mères du village.

L'interrogation de cette mère désemparée est pathétique. Allait-elle, à nouveau, perdre un enfant du fait d'une forte température ? Elle revient sans cesse sur ce détail. Serait-elle malchanceuse au point de perdre tous ses enfants ? Dans un contexte de polygamie ou d'autres épouses du mari ont des enfants vivants, elle se trouvait là face à un véritable dilemme. La mère de G. est dans une situation traumatisante : de quoi donc pourra-t-elle se prévaloir dans un milieu qui apprécie la valeur d'une femme au nombre d'enfants qu'elle a mis au monde. Le décès du premier fils est un événement majeur qui détermine de loin les différentes actions et réactions qui constituent l'ensemble des pratiques observées lors de la crise vécue par G. et son proche entourage. Les parents du père de l'enfant font figure d'autorité et, à ce titre, sont des membres influents du groupe organisateur de la thérapie. Comme le déclare la maman de G., c'est sur leur intervention que le père de G. a remis de l'argent à la maman pour lui permettre de se rendre au centre de santé.

Le sens donné par la mère et les grands-parents au mal de G. est tributaire d'un antécédent malheureux : la mort du frère aîné de G. dans des conditions similaires.

Pour éviter la répétition des malheurs, les grands-parents se sont donc fait les avocats de la situation pour décider leur fils à s'exécuter promptement en vue de conduire l'enfant fébrile aux soins. Ainsi, la parole des grands-parents a eu une influence positive dans le processus décisionnel.

Les observations et suggestions venant exclusivement de la maman n'auraient pas suffi pour décider le père à déboursier aux fins du traitement de la fièvre chez G. La maman, en effet, insiste sur le rôle joué par les parents de son mari dans la guérison de l'enfant. Par contre, les lèvres fendillées de G. n'ont pas réussi à

sensibiliser davantage le père et le décider à fournir les moyens nécessaires à la mère pour le traitement de l'enfant.

Cette mère souffre en silence et, par pudeur, ne peut ouvertement se plaindre de son homme ou le désavouer. Elle déclare avoir déjà attiré plus d'une fois l'attention du père sur la nouvelle situation de l'enfant sans réussir à le faire bouger.

« Moi je lui ai déjà montré cela. Je le lui ai montré, mais il ne m'a rien dit. Il m'a simplement dit que ce n'est qu'une plaie. »

Le sens donné par le père à la deuxième affection (lèvres fendillées) détermine les actions à prendre. Ici, personne ne bouge, parce que ce n'est qu'une plaie selon le père.

- Et si vous ne dites rien et que le cas s'empirait ?

- Nous sommes deux. Si cela est bon, ça va nous profiter à tous deux. *(Résignation de la mère face à la non-réaction du père)?*

Le cas G. est bien typique de la tendance «J'attends la décision du père» signalée parmi les démarches de demande de thérapie. Dans le cas N° 2, la maman avait déjà pris sa décision. On le voit bien, tant que la maman n'a pas de ressources personnelles indépendantes de celles de son mari, elle ne peut qu'attendre la décision de celui-ci. La décision attendue est subordonnée à la disponibilité de moyens financiers chez le père. Les regards sont tournés vers le père ou toute personne susceptible de fournir les moyens requis pour faire face au mal. Faute de quoi, le pire pourrait arriver et sera attribué à plusieurs formes de considérations sauf à l'argent qui a manqué.

Étude de cas 2 : Une mère indépendante financièrement

«La nuit, il n'a pas dormi du tout, ni moi-même d'ailleurs. Toute la nuit d'hier,

il toussait, il s'agitait jusqu'au lever du jour. A l'aube il a eu totalement la chaleur. La chaleur dépassait les forces. J'ai réveillé son père et lui ai dit que l'enfant chauffait et que je le conduirais, ce jour, au centre de santé. Quand je lui ai parlé, lui il n'a pas donné de réponse. Comme il n'avait rien dit, au réveil, je me suis lavée, j'ai lavé mon enfant et je lui ai donné la bouillie. Je l'ai habillé et je l'ai mis au dos. C'est à ce moment-là que le père m'a remis de l'argent pour les soins. Moi-même j'avais déjà pris de l'argent sur moi. Son père m'a remis de l'argent et m'a dit de partir».

Notons dans ce cas l'association de trois signes de gravité de la maladie chez le même enfant. La maman est précise quant à la description des signes (*La nuit, il n'a pas dormi du tout ; il toussait, il s'agitait jusqu'au lever du jour; à l'aube il a eu totalement la chaleur; la chaleur dépassait les forces*). Il est agité, il tousse beaucoup la nuit et ne dort pas. De fait, la maman n'a pas dormi non plus. L'hyperthermie, la convulsion et le manque de sommeil sont les principaux signes de gravité qui ont alerté et alarmé la mère : la nuit a été sans sommeil. La maman a réveillé le père qu'elle a informé de la situation. Mais celui-ci ne donne aucune réponse.

Nous sommes dans une dynamique où chaque femme sait que les soins de ses enfants lui incombent au premier chef. Le fait de disposer de revenus propres a contribué de loin à la décision prise par la mère de conduire son enfant au centre de santé malgré le silence observé de prime abord par le père. En lui remettant de l'argent au moment où elle allait quitter la maison pour le centre de santé, le père réaffirme son autorité et démontre ainsi que pour tout ce qui se rapporte à la santé de son enfant, il reste la première personne concernée. Ne pas réagir comme il l'a fait reviendrait à dire, pour le père, qu'il n'est qu'un incapable. C'est bien dans une dynamique de pouvoir et de lutte pour le pouvoir que s'inscrit la négociation pour la demande de thérapie.

Cette maman a déclaré avoir été à l'école. Elle comprend le français mais ne peut pas converser de façon continue dans cette langue. Par contre, elle a des frères qui sont instruits et habitent à Cotonou, la capitale économique du pays. Ceux-ci lui envoient de l'argent pour entretenir un commerce de produits manufacturés. Son mari est lettré (il a entamé des études secondaires sans les achever) et les deux vivent dans la même maison. Tant que les mamans disposent de moyens et de revenus personnels, elles sont promptes à dépenser ce qu'il faut où il le faut pour sauver la vie de leurs enfants. Mais elles ne doivent jamais oublier que la décision du père est prépondérante. La femme qui le sait et se comporte en conséquence en reçoit davantage de prestige et de respect de la part de son mari et des autres membres du groupe. Dans ce milieu de polygamie, la fierté et le prestige d'une femme se mesurent au nombre d'enfants qu'elle a faits pour son mari. Ainsi les mères interrogées dans la commune de Hwakpè-Daxo estiment que le nombre des enfants de leur époux ne représente strictement rien si au décompte, aucun n'est identifié par rapport à chacune. L'enfant représente donc une valeur sociale importante dans le milieu d'étude.

En pareille circonstance, j'ai observé deux attitudes et deux logiques: la fierté de se prendre en charge (ou en tous cas dépendre le moins possible d'autrui) et la fierté d'être pris en charge par un parent proche (signe de reconnaissance et d'appartenance).

Dans les situations de crise, la gravité des signes est telle qu'aucune personne sensible n'est indifférente. Les moyens sont mobilisés rapidement pour conjurer le mauvais sort. Chacun y apporte du sien. L'apport financier, quel qu'il soit, dans une telle circonstance, est très apprécié. La maman se souvient toujours du parent ou de l'ami qui a prêté mains fortes.

La logique du droit d'être pris en charge veut que «lorsqu'un enfant est souffrant, il n'y ait pas que le père et la mère exclusivement pour intervenir. Des tiers

ayant quelque connaissance du mal ou d'une recette peuvent apporter leur concours. N'importe qui, sachant quelque chose peut intervenir? Il n'y a pas que le père et la mère exclusivement».

Cette opinion est l'intime conviction de certaines mères dont l'attitude est de s'en remettre à la providence. Par exemple, lorsque j'ai demandé à la mère de S. si elle savait pourquoi sa mère et ses oncles contribuaient financièrement aux frais médicaux pour les soins de son enfant malade, elle m'a répondu avec défi :

«Mais, quelle question ? Ils doivent le faire, vous savez. Si quelque chose m'arrive, c'est à eux que cela arrive». En effet, cette femme ne comprend pas que, vivant avec sa mère et ses oncles, l'on puisse lui demander pourquoi ceux-là l'aideraient ou ne l'auraient pas aidée en cas de survenue d'une affection chez son enfant.

Elle est l'enfant de sa mère et la nièce de ses oncles. A ce titre donc elle doit bénéficier de toute la sollicitude. Chez les Xwéda, en effet, le neveu et la nièce sont de petits rois dans la maison maternelle. On les désigne sous l'appellation de *Yonlonfin* (Littéralement *vol oncle*; *Yonlon* signifie *oncle* et *fin* veut dire *voler, dérober*). Cette expression est pour souligner que les actes répréhensibles éventuellement posés par le fils de la sœur sont revêtus d'un caractère d'impunité. Ce type de comportement peut se rapprocher des rituels analysés par Victor Turner³⁴ (1992) chez les *Ndembu* de Zambie. L'enfant de la sœur est l'objet de toutes les complaisances de la part de ses oncles maternels.

Si la chance sourit et que l'un des membres du groupe organisateur de la thérapie pourvoyait aux moyens, alors la mère s'en trouve soulagée.

« L'itinéraire du malade dans sa quête de guérison ne fait sens que si chaque station ou arrêt est situé dans un processus plus vaste dont la logique ne peut être reconstituée qu'a posteriori à

³⁴Turner, V. *Les tambours d'affliction : Analyse des rituels chez les Ndembu de Zambie*. Gallimard, Paris, 1992 pp. 11 à 64

travers des études de cas et dans la mesure du possible dans l'observation des pratiques des acteurs impliqués» (Bibeau et coll., 1995).

Motif fréquent de consultation, puis symptôme inaugural et d'appel, la fièvre inquiète souvent les parents et épuise l'enfant qui la supporte mal en raison de son retentissement sur l'état général, sur la prise alimentaire et le sommeil (Diallo, 1998). Dans la commune de Hwakpè-Daxo, c'est une forte fièvre qui a inquiété et alarmé les mères. La fièvre est une des principales manifestations des maladies infectieuses parasitaires. C'est un symptôme très fréquemment observé dans les affections des enfants de moins de cinq ans vivant dans les pays tropicaux (Stern, 1977 cité par Diallo, 1998). Cette fièvre est responsable de 15 à 20 % des urgences hospitalières en Afrique au sud du Sahara. Elle a bien été identifiée par les mères de Hwakpè-Daxo comme un signe majeur de l'épisode de maladie chez leurs jeunes enfants.

Les fièvres et les syndromes fébriles sont d'origine et de gravité variables. Leurs formes aiguës, sans signes évocateurs d'autres infections, sont souvent rattachées au paludisme en zone d'endémie palustre (Massougbdji et coll., 1989).

Au Bénin, la fièvre est en moyenne palustre au moins une fois sur deux (Massougbdji et coll., 1989) et ses formes graves et compliquées sont responsables d'une mortalité importante et s'observent surtout chez les femmes enceintes et les enfants de six mois à cinq ans, les plus jeunes jouissant d'une protection maternelle. Pour les mères, la terre est la divinité de la variole qui est effectivement une affection redoutable. Ainsi lorsque la maman montre du doigt le sol pour dire que (celui-là) est entré dedans, elle désigne du même geste la divinité terre et la plus terrible des maladies qui lui soit rattachée, la variole. Bien que l'éradication de la variole ait été certifiée par l'OMS depuis plus d'une décennie, les mamans continuent de la redouter et identifient une fièvre palustre chez leur enfant à ce fléau qu'elles refusent de nommer.

Les modèles explicatifs de la maladie des enfants par leurs mères dépendent d'une part de leurs caractéristiques personnelles et de leurs expériences antérieures et, d'autre part de l'influence des expériences de leur famille et de leurs amis (Massé, 1995 ; Hardon, 1987 ; Mburu, 1987)

La difficulté des mères à reconnaître le paludisme infantile est en partie due au modèle explicatif et interprétatif des maladies fébriles tel que perçu dans leur culture et selon lequel il y aurait un terme générique qui couvre un large éventail d'états fébriles dénommés «paludisme» ou une différenciation du paludisme et des autres maladies fébriles dans leur taxinomie (Spencer et coll., 1987). Les observations de Halima et coll.(1995) montrent clairement que les mères ne réagiraient pas au paludisme infantile diagnostiqué par une clinique biomédicale, mais à partir d'une explication bioculturelle.

Selon Kleinman (1980) et Young (1987), les modèles explicatifs sont générés par les individus ayant le même arrière-plan culturel. Les modèles explicatifs éclairent la raison pour laquelle les gens réagissent de certaines façons à une maladie donnée. Pour les femmes rencontrées à Hwakpè-Daxo, une série de signes comptent pour apprécier, évaluer le problème de santé et prendre en conséquence les décisions qui s'imposent

Tout au long de leur discours sur les épisodes de fièvre vécus par leurs enfants, les mères interrogées ont mis en avant le complexe communal de santé, même si plusieurs remèdes ont été cherchés dans l'espace domestique. Il est utile ici de préciser le symbole que représente le CCS pour ces femmes et plus largement les populations de la commune.

Depuis la fondation de la ville de Ouidah vers la moitié du 16^{ème} siècle, il aura fallu attendre 1996 soit environ quatre siècles pour que la localité de Hwakpè-Daxo

bénéficie d'une infrastructure socio-sanitaire. Les conquérants Fon ayant réussi à créer, pendant longtemps, un certain complexe d'infériorité chez les Xweda, le module flambant neuf implanté à Hwakpè pour abriter le CCS, est un objet de grande fierté. Ce joyau est le symbole à la fois d'une reconnaissance sociale et d'un affranchissement.

Reconnaissance sociale parce que désormais la commune peut se targuer de l'honneur d'être comptée au nombre des communes qui disposent d'au moins une infrastructure socio-sanitaire. En dehors des écoles, le CCS est en effet le principal et seul apport de « l'homme blanc » vraiment d'utilité publique pour l'ensemble des habitants de la commune, sans distinction aucune. Ainsi la commune ne sera plus comptée comme une quelconque bourgade sans ressource. Le centre de santé fait justement partie des attributs qui permettent de classer une commune comme étant digne du nom et disposant du minimum de service à la communauté. Pendant longtemps, l'hôpital de Ouidah était et demeure un lieu étranger et étrange pour les populations des régions rurales qui redoutent en solliciter les services. Ce ne sont que les cas de force majeure qui les persuade de se rendre à Ouidah où la qualité de l'accueil est une autre source de traumatisme qui s'ajoute aux raisons qui ont motivé la consultation.

Beaucoup de parents répugnaient littéralement à conduire leurs enfants à l'hôpital de peur d'y être méprisés, non reconnus et non valorisés dans une structure dont l'anonymat du monde qui y grouille est une véritable source de soucis supplémentaires pour des personnes qui, très respectées dans leur milieu d'origine, se retrouvent dans un milieu qui les traite moins que rien, les rudoie ou les considère à peine comme des humains. Leur seul tort est d'être venus de la brousse et donc de ne pas savoir se comporter comme il faut. Aussi, tous les prétextes sont-ils bons pour ne pas risquer ses pas vers les sources de soins modernes qui sont synonymes d'insécurité, de frustrations diverses voire d'humiliations.

Érigé au plein centre de la commune, le CCS est le symbole vivant de la fin d'une série de frustrations réelles et imaginaires reliées à la fréquentation des centres de santé. Ce complexe est bien celui des habitants. Le personnel qui y est affecté sera accessible. Désormais, les habitants d'Azizakoé et de Sèyigbé n'auront plus qu'à franchir, à la pirogue, quelques centaines de mètres pour déboucher sur le centre de santé. Finies les longues attentes à la recherche d'un hypothétique "Zémidjan" pour se rendre à Ouidah. Même les îles environnantes pourraient solliciter les services d'une structure si proche et dont le coût des prestations aussi est rendu accessible.

La fierté affichée par les mères d'enfants lorsqu'elles déclarent avoir consulté le centre de santé a aussi des origines lointaines. En effet, le système colonial français, dans son "œuvre civilisatrice", a voulu faire des colonisés des personnes en tous points semblables à l'homme blanc. Toutes pratiques locales traditionnelles étaient taxées de barbares.

Aussi, la seule façon d'être reconnu était-elle de tout faire comme le blanc, n'avoir de référence que par rapport à ce qui vient de chez lui ou qui s'y rapproche le plus.

Même si les choses se présentent ainsi dans l'inconscient collectif, il en va tout autrement de la réalité. En effet, les frontières entre les univers domestique et extra domestique sont plutôt fluides et les patients ou leurs parents et accompagnateurs ne dédaignent pas pour autant de consulter des thérapeutes traditionnels dont ils savent bien les lieux d'habitation.

Les soins s'effectuent avec l'aide des réseaux féminins intra familiaux : la mère, la grand-mère, la belle-sœur, mais aussi les tantes et parfois les sœurs et les belles-sœurs donnent des conseils, interviennent directement.

Cette constatation est corroborée par la déclaration de la maman de A. et K. qui menace d'aller consulter un autre thérapeute si le père de l'enfant ne faisait rien pour trouver le remède approprié dans les délais.

La plupart des mamans, dans leur récit, ont déclaré avoir procédé à un traitement aussitôt que la fièvre est apparue. Mais dans les faits, ces propos étaient plus des déclarations d'intention que des actes concrets effectivement posés.

Conclusion

Responsables et responsabilisées face à l'entretien de la vie et à son maintien dans l'existence quotidienne, les femmes dans la plupart des populations du monde (sinon dans toutes) jouent un rôle clef. Face aux épisodes fébriles de leurs enfants à Hwakpè-Daxo, la perception de la gravité est variable selon l'évaluation que les mères et/ ou les pères font du savoir ou des moyens dont elles ou /et ils disposent et de l'efficacité de ces moyens. Cette étude sur les pratiques et les discours des mères d'enfants se réfère à un ensemble de signes (sémiologie populaire), de sens (explications étiologiques) et d'actions pour décrire les personnes qui interviennent dans la démarche de demande de soins. Selon les modèles explicatifs et interprétatifs des mères d'enfant de Hwakpè-Daxo, il y a des affections dites de la maison et d'autres identifiées comme des maladies de centre de santé. La taxinomie est claire sur le sujet et selon la catégorie d'affections concernée, la source de soins à consulter est toute indiquée. Dans la sémiologie des mères des enfants malades, on peut distinguer les signes descriptifs, les signes d'aggravation et les signes d'amélioration de la maladie. Le sens attribué aux signes ainsi qu'aux moyens dont on dispose oriente la démarche de demande de thérapie. Le traitement peut avoir lieu dans l'espace domestique et hors de cet espace à la fois. Il se dégage trois tendances dans la recherche de thérapie 1) la mère attend la décision du père, 2) la mère, le père et d'autres parents prennent la décision, 3) la mère prend la décision toute seule. Le père et la mère font partie d'office du groupe organisateur de la thérapie. Mais ils n'en sont pas les seuls membres. Les grands-parents, les oncles, les tantes et même des voisins qui ne sont pas de la proche parenté s'associent à la démarche de demande de thérapie. Le discours des mères d'un cas d'épisode à l'autre est presque invariable lorsqu'il s'agit de paludisme simple et correspond bien à la définition bio-médicale. Les caractéristiques des cas graves d'épisodes fébriles telles que décrites par les mères sont les mêmes que celles du paludisme grave selon la littérature. Mais la plupart de ces cas, ont été présentés comme des affections hors du champ de

compétence de la bio-médecine et traités par la médecine traditionnelle exclusivement ou en association avec la médecine cosmopolite moderne. Au sein du couple, selon l'importance ou la gravité de la signification qui est attribuée à un signe comportemental ou biologique, les réactions et les actions subséquentes ont été plus ou moins promptes ou énergiques. Ces réactions et actions peuvent aussi souffrir des délais dus au manque de ressources monétaires.

Le modèle ou schéma décisionnel qui se dégage du système de signes, de sens et d'actions montre que la mère joue un rôle clef dans la gestion de la maladie depuis les soins quotidiens domestiques aux enfants et les soins prescrits par diverses sources consultées. Ce rôle est aussi central pour la négociation des pouvoirs dans les pratiques et itinéraires, y compris les rapports existants dans la maisonnée. Le groupe organisateur de la thérapie a beau être restreint ou large, la mère y est d'office membre et sait, par plusieurs stratégies contrôler le processus de prise de décisions étant donné qu'elle est consultée autant que certains parents et beaux-parents qui lui sont acquis d'avance et savent influencer les décisions en les orientant vers les désirs exprimés par les femmes.

Une attention particulière doit être portée aux femmes dans les projets de développement destinés à améliorer ou promouvoir la santé. Les campagnes d'information, d'éducation et de communication doivent donc bien identifier les pratiques des femmes et les comprendre de l'intérieur de leur culture pour les relier au contexte spécifique qui les produit. Ainsi les messages et volets des programmes pourront être adaptés aux réalités des individus visés.

Références bibliographiques

Adam, S. K. ; Boko, M. , *Le Bénin*, Éditions Edicef, Paris, 1983

Agyepong, I. A. et Manderson, L., *The Diagnosis and Management of fever at household level in the Greater Accra Region, Ghana* in *Acta Tropica*, 58; 1994

Agyepong, I.A., *Malaria : Ethnomedical Perceptions and Practices in an Adangbe farming community and implications for control* in *Social Sciences and Medecine*, vol.35, N°2, 1992

Allaire, Y., Bibeau, G. (1991). *Entre sens et sens commun.* dans Y. Allaire, G. Bibeau Présentation.à la Société royale du Canada. pp. 83-91.

Bibeau, G., *A step toward Thick Thinking : From Webs of Significance to Connections accross Dimensions* In *Medical Anthropology Quaterly*, 1989 ;

Bibeau, G., Fassin, Didier *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar* : Presses Universitaires de France (collection «Les champs de la santé»), 1992,

Bibeau G. *Des pratiques différenciées de la santé* dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (éditeurs). *Traité d'anthropologie médicale : l'institution de la santé et de la maladie*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1985

Bibeau, G. et Corin, E.(éditeurs) *Beyong Textuality. Ascetism and Violence in Anthropological Interpretation*, Berlin : Mouton de Grüter. (Introduction : From Submission to the text to an interpretative violence), 1995

Bibeau. G. et Perreault. M., *Dérives montréalaises: À travers des itinéraires des toxicomanes dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve* Montréal, Boréal.1995

Bibeau G., «*L'étranger dans le théâtre de la guérison: À propos de la dramaturgie Yoruba selon Wolé Soyinka*». Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie, numéro 29, 1996

Bourgoignie, G.E. *Les hommes de l'eau. Ethno-écologie du Dahomey lacustre*
Paris Editions universitaires, 1972

Chalifoux. J-J. «*L'histoire de vie*» dans B. Gautier (ed). *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, pp. 296-310., 1992

Corin, E. «*La santé: nouvelles conceptions, nouvelles images*» dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (eds). *Traité d'anthropologie médicale : l'institution de la santé et de la maladie*. Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 45-69.; 1985

Corin, E ; Bibeau, G. Martin, J-C ; Laplante, R *Comprendre pour soigner autrement* Éditions de l'U. de M. ; 1990;

Cornevin, R., *Le Dahomey*, Paris, PUF, coll. QSJ N° , 1970

Coulaud, J-P. *La prophylaxie du paludisme* in Cahiers d'études et de recherche francophones en Santé, vol. 3; N° 4, 1993

Diallo F. B.T., *Représentations, saisonnalité et prise en charge du paludisme infantile simple : le cas des femmes Sénoufo de Sikasso* Thèse de doctorat Université de Montréal., 1998.

Dufresnes, J. «*Aspects culturels de la santé et de la maladie*» dans J. Dufresnes, F. Dumont et Y. Martin (eds). *Traité d'anthropologie médicale: l'institution de la santé et de la maladie.*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1985

Geschire, P. et Gugler, J. *The urban-rural connection : changing issues of belonging and identification.* In Afrika vol. 68 N° 3, 1998,

Hounsounou, L., *Environnement et santé dans le district sanitaire de Ouidah : les rythmes pathologiques* Mémoire de maîtrise FLASH-UNB, 1998;

INSAE : Deuxième recensement général de la population et de l'habitat, février 1992 volume II Habitat au Bénin, Cotonou, 1992

INSAE : Deuxième recensement général de la population et de l'habitat, février 1992 volume II Projections démographiques et études prospectives. Tome I Projections démographiques 1992-2027, Cotonou 1992

Janzen, J.M., *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre* Ed. Karthala, 1995 ; (Titre original : *The Quest for therapy in Lower Zaire*, traduit par G. Bibeau, R. Collignon , E. Corin et C. Hamonet)

Kpatchavi, A.C., *Connaissances, attitudes et pratiques des mères sur le paludisme au Bénin*, Cotonou, 1998

Kpatchavi, C. A., *Savoirs '' locaux sur la maladie chez les Gbe au Bénin : le cas du paludisme* *Eléments empiriques pour une anthropologie de la santé*, Freiburg, der Albert-Ludwigs-Universität, 1999, 191 pages

Kifouly, E.B., *Les déterminants de la faible fréquentation des services de santé dans la circonscription administrative de Ouidah* Mémoire de maîtrise en santé publique Cotonou, IRSP-UNB; 1991;

Kifouly, E.B., *Communication en planification familiale et représentations collectives au Bénin*. Montréal, Université de Montréal, mémoire de maîtrise, 1999

Massé, R. *Culture et Santé Publique: Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Québec, Gaétan Morin. 1995

Medeiros (de), N. *Cultures sanitaires et décodages de message télévisé de santé chez les Fon du sud du Bénin*, Thèse de Doctorat. Université de Montréal. 1994

Ministère de la santé. *Santé Familiale-Bénin: Politique, Normes et Standards des Services*. Cotonou, D.S.F. 1998

Ministère de la santé publique. *Statistiques sanitaires de la République du Bénin* République du Bénin 1992

MPREPE. *Enquête démographique et de santé*. Cotonou, INSAE, 1996.

Monoté A., E et Tétékpoè, M, *La dynamique de l'habitat en milieu littoral à l'Ouest de Cotonou : cas des communes de Avlékété, Djègbadji et Houakpè*, Mémoire de maîtrise de géographie et aménagement du territoire FLASH-UNB, 1991;

O.M.S. et UNICEF. Soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les Soins de santé primaires: Alma-Ata, U.R.S.S., Genève. 1978

Orou-Yorouba, R.. *Culture locale et prévention des problèmes de santé dans une société rurale du Bénin*, Mémoire de maîtrise en anthropologie. Montréal, Université de Montréal. 1994

Ouellet, A. . *Processus de recherche - Une approche systémique* Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec, 1981

Pliya, J., *migrations historiques et peuplement dans les régions lagunaires du Bénin méridional*In Tropiques. Lieux et liens, 1989

Poirier, J et Clapier-Valldow, S. (1993). «*Les récits de vie : Théorie et pratique*» . Paris, Presses universitaires de France.

Prost, A. (1995). *De la maladie à la santé: Individu, société, environnement et culture*. Cahiers Santé, 5.

Quenum, C. Issifou, S.(1995),*Attitudes, perceptions et pratiques des mères et chefs de ménages dans la prise en charge thérapeutique des enfants malades du paludisme et la prévention de la maladie à Houakpè-Daho au sud du Bénin*. TDR/OMS –CREDESA/SSP, Pahou-Bénin 1995.

Richard, J-L., *Profil des utilisateurs des différents services de santé moderne au Bénin* in Espace, Populations, Sociétés, volume 1, 1995

RISS, M-D., *Femmes Africaines en milieu rural*. Paris, Éditions l'Harmattan, 1989

Saillant, F., *Femmes, soins domestiques et itinéraire thérapeutique* in Anthropologie et Sociétés, vol. 23 N°2, 1999.

Soglo, G-R., *L'histoire des Hwéda, de la fondation du royaume de Savi (Saxé) à la dispersion :XVIèmes et XVIII ème siècles*. Mémoire de maîtrise. UNB-FLASH. 1995 : 109 pages.

Therien, G.(1985) «Santé, maladie, guérison : apport de la sémiologie» dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (eds). *Traité d'anthropologie : l'institution de la santé et de la maladie*. Québec, Presses de l'Université du Québec,

Turner, V. *Les tambours d'affliction :Analyse des rituels chez les Ndembu de Zambie*. Gallimard, Paris, 1972 ;

Yoder, S. *Negotiating relevance : Belief, Knowledge, and Practice in International Health Projects* in *Medical Anthropology Quaterly* ; 1997

UNICEF Bénin, *Enfants et femmes, Avenir du Bénin: Programme Planification, Suivi et Évaluation*. Bénin, Unicef. 1998

Liste des annexes

Annexe I : Guide pour la collecte des récits.

Annexe II : Tableau synoptique d'un échantillon du système de Signes, de sens et d'actions

Annexe III : Formule de consentement.

Annexe IV : Liste des personnes rencontrées.

Annexe I : Guide pour la collecte des récits.

Qu'est-ce qui s'est passé lors de l'épisode fébrile ?

- Les signes auxquels on a su ou soupçonné que l'enfant est malade ?
- Que représente (nt) ce (ces) signe (s) ? Pourquoi ?
- Que faites-vous lorsque vous identifiez un signe de gravité chez l'enfant ?
- A qui vous adressez-vous ?
- Pourquoi ?
- Que fait le père ?
- Que fait la mère ?
- Que fait le grand-père ?
- Que fait la grand-mère ?
- Qui d'autre intervient :
 - * un oncle ?
 - * une tante ?
 - * un cousin ?
 - * un voisin ?
 - * un autre ?
- A quelles sources de soins vous adressez-vous ?
(Y a t-il un ordre ?) Pourquoi ?
- Qui organise la demande de soins ?
Pourquoi ?
- Comment s'organise demande de la thérapie ?
 - * Rôle des différents acteurs ?
 - Mère
 - Père
 - Grand-mère
 - Grand-père
 - Oncle
 - Tante
 - Cousin (cousine)
 - Voisin
 - Ami

Annexe II Tableau synoptique d'un échantillon du système de Signes, de sens et d'actions

SIGNES	SENS	ACTIONS
<p>(1) Il pique des crises et tout son visage devient blanc seulement ; il avait piqué une crise ; mon enfant n'était pas là avant, telle que la température montait, dépassait l'enfant,</p>	<p>(1) <i>Je me résoudrais à le conduire à l'hôpital pour y voir plus clair ; désemparée, ne sachant quoi faire, c'est là que je le conduis à l'hôpital ; et ce mal est peu comme son mal à lui et cela lui arrive de temps en temps ?</i></p>	<p>(1) Je m'en occupais d'abord à la maison, espérant que cela va retourner à sa place pour lui ; nous sommes partis à l'hôpital ; au retour à la maison, je me mets aussi à lui préparer feuilles, celles à triturer pour en prendre un bain ? je triture et je le lave avec, celles dont il faut faire les décoctions ? je le fais et lui donne à boire. C'est comme cela seulement que je procède. Quand commence le mal, nous restons à la maison à essayer diverses formules pendant environ trois jours. Si, au bout de trois jours cela n'a pas l'air de marcher, nous amenons le cas à l'hôpital ;</p>
<p>(2) Il a eu la chaleur et le refroidissement, quand ça finit un peu, ça revient ; ç finit, ça revient ; il n'avait pas le temps du tout. Cela le rongait. La chose l'empêchait d'aller à la selle. C'est hier qu'il a fait ça (chié) un peu.</p>	<p><i>sur les cuisses et est souffrant, il y a bien lieu de s'inquiéter ; si quelque chose va lui arriver, vous ne savez pas. Tel qu'il se comporte, (telles que les choses se passent) est-ce que la maladie va cesser ? Est-ce que la maladie va se gêner, vous ne savez pas. C'est pourquoi, on panique.</i></p>	<p>(2) <i>Le soleil est en train d'embêter l'enfant. Son père m'a dit de le conduire au CCS parce que nous on ne sait rien.</i></p>
<p>(3) Un moment cela s'adoucit, un autre moment cela s'élève. C'est le ventre et la tête seulement.</p>	<p>(2) <i>Le soleil est en train d'embêter l'enfant. Son père m'a dit de le conduire au CCS parce que nous on ne sait rien.</i></p>	<p>(2) <i>Le soleil est en train d'embêter l'enfant. Son père m'a dit de le conduire au CCS parce que nous on ne sait rien.</i></p>
<p>(4) La maladie du froid est entrée dedans. Elle faisait des frissons, s'excitait et s'étirait et j'ai vu que c'est Azonka'nka'n. Elle s'excite et peu après, elle reste sans mouvement puis ensuite elle s'étire.</p>		

SIGNES	SENS	ACTIONS
<p>(5) Il ne s'amusement plus. Il collait à moi et pleurait tout le temps.</p> <p>(6) Le soir seulement, son corps est devenu soudain chaud. Son corps s'est chauffé, la chaleur lui est arrivée et tout son corps était chaud : la tête, les yeux, partout sur son corps. Ça s'est refroidi un peu. Puis le lendemain, ça a repris. L'enfant n'a pas dormi une seule fois la nuit. Maintenant, elle dort bien la nuit.</p> <p>(7) L'enfant n'a pas dormi une seule fois. Ça s'est refroidi un peu. Puis le lendemain, ça a repris. Elle a vomi. Quand elle a bu, elle a dormi. Son corps était tellement chaud que nous ne pouvions plus dormir.</p> <p>Maintenant elle dort bien la nuit.</p>	<p>(3) Azonka'nka'n <i>n'est pas quelque à laisser sur place et tourner autour.</i></p> <p>(6) <i>J'ai eu peur, grande peur. C'était déjà ainsi avec les aînés. C'est parce que cela effrayait déjà nos aînés que moi-même, j'ai pris ça au sérieux aussitôt.</i></p> <p><i>Sa respiration ne descend plus, tous ses yeux sont hagards et elle dit «honm!honm!». Elle s'agite, fait des mouvements de jambe et de bras. Si tu ne fais pas vite, cela peut emporter ton enfant en un clin d'œil</i></p> <p>Je porte une grossesse et il continuait de me téter, puis je l'ai sevré. Il a commencé par faire la diarrhée. Cela m'a effrayée. L'autre a déjà fait ça et est parti (mort) et lui aussi va s'en aller ? A présent, c'est lui seul. Il est mon deuxième enfant, mais le seul qui est resté. (10) C'est cela qui m'a effrayée. Il y a aussi la dentition dans son cas. Quand on n'avait jamais été mère et que votre premier enfant a quelque chose, on est alerté, effrayé. Le soleil l'avait ligotée.</p>	<p>(2) La fille, nous l'avons conduite ici avec le garçon ; on a trempé un pagne dans l'eau pour lui retirer la chaleur ; ils ont plongé un pagne dans l'eau et on l'en a recouvert sur mes cuisses. Pour le garçon, on l'a piqué deux fois. Je fais des infusions et je lave la fille avec. Mon mari a ramené le garçon au CCS et ils l'ont encore piqué. Nous avons utilisé le savon, nous avons trituré des feuilles pour lui.</p> <p>(7) J'ai informé le père et je lui ai dit de me rencontrer ici.</p> <p>(7) Quand la chaleur a commencé avec lui, c'est ici que nous sommes venus et on lui a fait une injection et on nous a vendu des médicaments. J'ai fait ce qu'il fallait pour ça à la maison pour couper la diarrhée avant qu'il ne commence la chaleur. Mes beaux-parents ont parlé à leur fils et il m'a donné l'argent. (10) Je l'ai amenée à l'hôpital à Hwakpè-Daxo. Je lui administrais des médications à la maison.</p>

SIGNES	SENS	ACTIONS
<p>(8) A son réveil, le matin, il était immobile et ne s'intéressait à rien. Il était calme comme ça. Tel qu'il avait l'habitude de jouer, il ne jouait plus. Mon enfant, quand il n'a rien, il s'amuse bien. Mais dès qu'il commence par sentir quelque douleur, il se réserve. Il avait abandonné le repas et s'était recouvert d'un pagne, se plaignant de refroidissement.</p> <p>(9) Il s'amuse bien quand il est bien portant. Et quand il commence par mal respirer, je sais qu'il y a quelque chose. (10) La chaleur dépassait les normes. Quand nous sommes rentrés, il n'y a plus rien eu. Toute la tête était chaude. La chaleur était excessive.</p>	<p>(15) Tel que c'est sorti comme ça sur l'enfant, si vous ne vous hâtez pas de prendre les mesures qui s'imposent, on dit que les effets ne sont pas bons. Cela tue l'enfant. Moi, je suis un enfant, je ne sais pas ce qui a amené la chaleur. Le père a dit que ce n'est pas une maladie de l'hôpital.</p>	<p>On a pris la température (au CCS). C'était élevé. Nous avons poursuivi le traitement à la maison. Nous avons examiné sa bouche. C'est la chloroquine que nous lui avons donnée d'abord. (12) Les trois premiers jours, je savais que cela lui laisserait un peu de répit (j'espérais un peu d'accalmie) pour la conduire au CCS. J'avais cherché des feuilles que je lui faisais prendre. J'ai acheté une partie des produits prescrits. Il reste une partie à acheter. (13) Je me suis lavé, j'ai lavé et lui ai fait une bouillie. Je l'ai habillé et je l'ai mis au dos. Le père m'a remis de l'argent pour les soins à l'hôpital. Quand il avait pris ça, il avait eu peu d'accalmie. Et le père avait promis d'autres pour compter ce traitement-là. Mais il ne l'a plus fait.</p>

SIGNES	SENS	ACTIONS
<p>(10) <i>La nuit, elle a commencé à vomir. C'était la chaleur et la toux, puis le vomissement et la diarrhée. Elle vomit, elle va à la selle. La température était insupportable. L'enfant était fatigué. Elle ne s'alimentait plus. Les seins, même pour téter, il fallait la croix et la bannière. Le matin, elle ne bougeait plus. Elle n'arrivait plus à aller à 4 pattes comme elle avait commencé. Elle est restée sur place et pleurait. Elle n'a pas dormi. Elle vomissait, allait à la selle, vomissait, allait à la selle. Elle a refusé de manger. Elle avait une plaie dans la bouche. (12) La chaleur. La chaleur a trop dépassé les forces. Tel que je regardais son visage, cela ne me convenait pas.</i></p>		<p>(15) J'ai plongé un pagne dans l'eau et j'enveloppais l'enfant dedans de temps en temps. Avant ce stade, nous avons fait des décoctions et des infusions fébrifuges. On ne confie pas la maladie à une seule chose (source de soins). Mes frères aînés et mes oncles ont donné des médicaments à l'enfant. Après, ils m'ont poussé dans le dos pour vite aller au CCS..</p> <p>Nous faisons des décoctions et donnons à l'enfant jusqu'à ce que cela n'entende plus rien. Même si nous allons à l'hôpital, nous continuons avec les feuilles. D'ailleurs, là-bas, eux-mêmes nous disent de continuer d'utiliser les feuilles en associations avec leurs produits</p>

Annexe III : Formule de consentement

TITRE DE L'ÉTUDE: Pratiques et discours des mères face aux épisodes fébriles de leurs jeunes enfants à Hwakpè-Daxo dans la région sud de la république du Bénin

CHERCHEUR PRINCIPAL: Cosme QUENUM

OBJET DE L'ÉTUDE :

Je reconnais avoir été invitée à participer à un projet de recherche sur *Pratiques et discours des mères face aux épisodes fébriles de leurs jeunes enfants à Hwakpè-Daxo dans la région sud de la république du Bénin*. L'objectif principal de cette étude est d'identifier les pratiques des mères en cas de fièvre chez leur enfant ainsi que toutes les personnes qui interviennent pour la recherche de la thérapie. Une examen de sang, dans la mesure du possible, est aussi nécessaire pour vérifier si la fièvre de l'enfant est due au paludisme.

PROCÉDURE

J'ai été informée que si j'accepte de participer à cette étude, je serai appelée à présenter le récit de l'épisode de fièvre chez mon enfant. Une goutte de sang sera prélevée au doigt de l'enfant et sera analysée. Cette goutte de sang ne sera pas conservée pour des études ultérieures. La goutte de sang de mon enfant ne servira que pour la présente étude et ne sera pas transmise au laboratoire des chercheurs collaborateurs. Le chercheur, pour des fins d'illustrations peut prendre des photos de moi ou de mon milieu de vie, sans que celles-ci ne soient accompagnées du moindre commentaire me concernant directement. Il s'engage à me remettre, à titre gracieux, une copie de chaque image sur laquelle je figure.

INCONFORTS

Le risque d'inconfort associé à un prélèvement sanguin à partir du bout du doigt est en général minime.

AVANTAGES

Cette étude ne me procurera aucun bénéfice personnel direct. Cependant, ma contribution pourra aider à identifier si la fièvre de mon enfant est une manifestation du paludisme et la densité parasitaire du plasmodium falsiparum dans le sang. Cette information pourra être utile dans la détermination des types de fièvre dans la commune.

CONFIDENTIALITÉ

J'ai été informée que les renseignements collectés au cours de cette étude seront conservés sous le sceau de la confidentialité. Les publications à partir de cette étude n'identifieront pas les individus et aucun commentaire susceptible de

m'identifier ne sera fait pour établir un lien direct avec mon récit ou révéler tout ou partie de mon discours.

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

J'ai été informée que je peux poser des questions supplémentaires sur l'étude à tout moment. Le chercheur Cosme Quenum est disponible et peut être rencontré sur rendez-vous au Complexe communal de santé de Hwakpè-Daxo ou au Centre régional pour le développement et la santé pendant la période du 29 mai au 25 août 1999.

CONFIRMATION DE MA PARTICIPATION

Je confirme que Monsieur Quenum Cosme m'a expliqué le but du projet de recherche, les procédures que mon enfant ne sentira que la douleur de la piqûre au moment du prélèvement de la goutte de son sang.

J'ai été informée que ma participation est volontaire et que je peux refuser de participer ou me retirer en tout temps sans avoir à subir quelque préjudice que ce soit.

Participante

Date

J'ai expliqué à _____ le but de ce projet de recherche, les procédures requises, les risques et avantages éventuels au mieux de mes connaissances.

Chercheur

Date

Annexe IV Liste des personnes rencontrées au cours de l'enquête

Nom et Prénom	Titre / Qualité
ABATTAN Pierre	Maire de la commune de Hwakpè-Daxo
AKOUEHONOU Thomas	Chef du village Gbéxonou
AGBODJAN Botchou	Chef village Gbèzoumè
TOSSOU Biawun	Chef du village Azizakoè
TOGNIDE Théophile	Chef du village Toligbé
NOUMON Ayiwanou	Chef du village Hwakpè-Daxo
ELISHA Lucie	Major Hôpital Kindji
AKAKPO Annette	Infirmière Hwakpè-Daxo
Gbovidémlan Reine	Aide soignante
YEVIDE Dorothée	Médecin chef de Ouidah
Eusèbe M. ALIHONOU	Directeur CREDESA
SOTON André	Médecin Santé publique
INOUSSA Sarafatou	Sociologue au CREDESA
ISSIFOU Saadou	Médecin biologiste