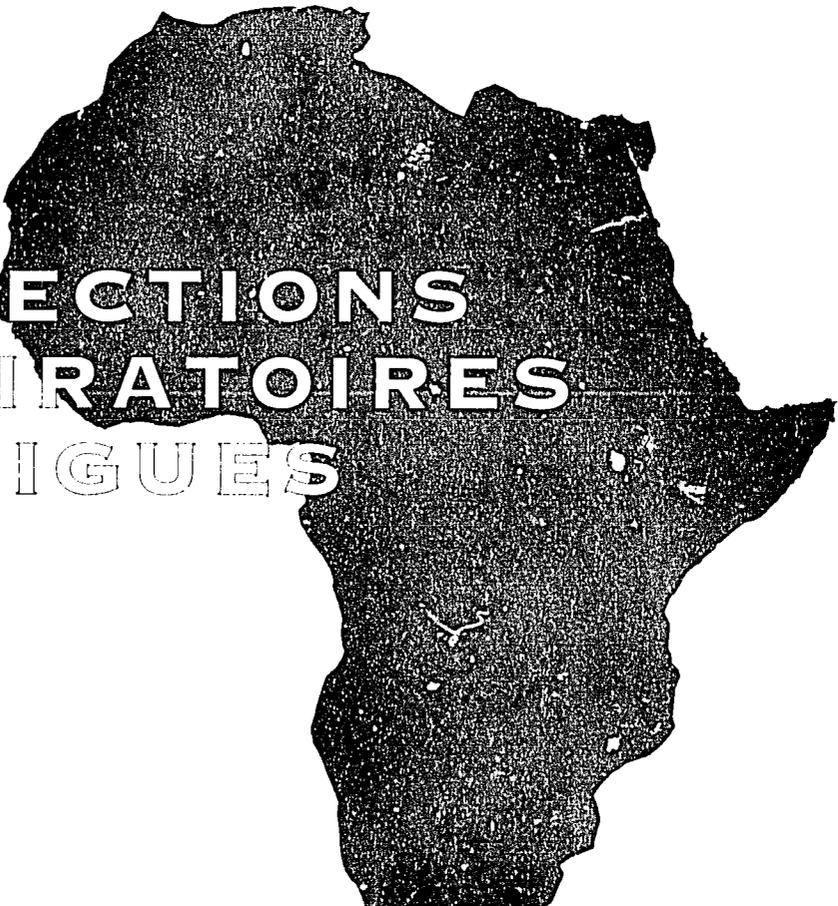


PN-HBS-980  
1511 90952

**AFRICA CHILD SURVIVAL INITIATIVE**  
**COMBATTING CHILDHOOD COMMUNICABLE DISEASES**  
**(ACSI-CCCD)**

**DIAGNOSTIQUE ET PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS  
RESPIRATOIRES AIGUES PAR LES PERSONNES ADMINSTRANT  
LES SOINS, LES GUERISSEURS, ET LES AGENTS DE SANTE,  
A L'ENFANT SWAZI: 1990-1991**



**INFECTIONS  
RESPIRATOIRES  
AIGUES**



**UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT**  
Africa Regional Project (698-0421)



**U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**  
Public Health Service  
Centers for Disease Control  
and Prevention  
International Health Program Office



Ce document a été appuyé par BUREAU FOR AFRICA, OFFICE OF OPERATION AND NEW INITIATIVES (ONI) et OFFICE OF ANALYSIS, RESEARCH AND TECHNICAL SUPPORT (ARTS), United States Agency for International Development (A.I.D.) - l'Agence Américaine pour le Développement International - dans le cadre du projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD), projet régional pour l'Afrique # 698-0421, Washington, D.C.

Ce document a été préparé par l'équipe du projet ACSI-CCCD aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et ne reflète pas nécessairement les idées et opinions des CDC ou de l'A.I.D. Les opinions exprimées dans ce document n'engagement que leurs auteurs.

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur assistance dans la préparation et la révision de ce rapport de travail : Mme Hilda Mtuli, M. Mandla Maduna, M. Sydney Nkambule, M. Bongani Magongo, Jr., M. Themba Makhania et M. Peter Matthews au Swaziland; ainsi que le docteur Stanley O. Foster, le docteur Jennifer Bryce, le docteur Melinda Moore, Mme Judi Kanite, le docteur Stephen C. Redd et le docteur Virginia Sturwold des CDC à Atlanta; les docteurs Sahdy Gove, Patricia Huddleston et Gretel Pelto de l'OMS à Genève.

La reproduction partielle ou intégrale de ce document à des fins non-commerciales est autorisée avec mention de la source.

Des copies supplémentaires en anglais (catalog # 099-4064)  
ou en français (099-4065) sont disponibles à:

ACSI-CCCD Technical Coordinator  
International Health Program Office  
Centers for Disease Control and Prevention  
Atlanta, Géorgia 30333  
FAX (404) 639-0277

Rapport d'étude

Diagnostique et prise en charge des infections  
respiratoires aiguës par les personnes adminstrant  
les soins, les guérisseurs, et les  
agents de santé, à l'enfant  
Swazi: 1990-1991

Ruth P. Wilson,<sup>1</sup> Mavis Nxumalo,<sup>2</sup> Bongani Magonga, Jr.<sup>3</sup>  
Gene A. Shelley,<sup>4</sup> Kathleen A. Parker,<sup>5</sup> Qhing Qhing Dlamini<sup>6</sup>

- 1 Medical Anthropologist, Centers for Disease Control and Prevention, International Health Program Office, Technical Support Division, Atlanta, GA 30333.
- 2 ARI Program Manager, Public Health, Ministry of Health, Mbabane, Swaziland.
- 3 Health Educator, Health Education Unit, Ministry of Health, Mbabane, Swaziland.
- 4 Assistant Professor, Department of Anthropology, Georgia State University, Atlanta, Georgia.
- 5 Chief, Social and Behavioral Sciences Branch, Centers for Disease Control and Prevention, International Health Program Office, Technical Support Division.
- 6 Deputy Director of Health Services, Ministry of Health, Mbabane, Swaziland.

**UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT**  
Africa Regional Project (698-0421)  
Participating Agency Service Agreement (PASA) No. 0421 PHC 2233

**U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**  
Public Health Service  
Centers for Disease Control  
and Prevention  
International Health Program Office  
Atlanta, Georgia 30333

## Résumé

Ce rapport traite d'une étude qualitative du diagnostic et de la prise en charge des cas d'infections respiratoires aiguës (IRA), menée de 1990 à 1991 chez des enfants de moins de 5 ans au Swaziland.

Les méthodes utilisées pour la collecte des données comprenaient des entretiens individuels libres et structurés et des entretiens avec des groupes focaux. Parmi les personnes questionnées sur les sites sélectionnés dans tout le Swaziland, on comptait 33 mères d'enfants de moins de 5 ans, sélectionnées de façon aléatoire, 33 groupes focaux composés de 240 hommes et femmes, 13 guérisseurs et 17 prestataires de soins.

La langue siSwati est riche en termes portant sur des maladies liées aux IRA. Les signes et symptômes de *yimbo*, *umkhuhlane* et *lishashati* indiquent une légère IRA, alors que ceux d'*emahlaba* et *lucabangu* indiquent une condition plus sérieuse, une infection respiratoire inférieure aiguë (IRIA). Les mères et les groupes focaux ont signalé qu'un traitement pour une légère IRA serait administré en priorité dans un établissement de santé (20 mères sur 30; réponses consensuelles de 19 groupes focaux sur 33) ou à domicile (9 mères sur 33, réponse consensuelle de 10 groupes focaux sur 33).

Les personnes interrogées ont cité les signes suivants comme indicateurs d'*emahlaba* et de *lucabangu* : fièvre, toux, respiration rapide et gémissements. Elles ont fourni une gamme de recommandations portant sur le traitement qu'elles choisiraient en priorité dans le cas d'une IRIA chez des enfants de moins de 5 ans, allant de la sollicitation d'assistance auprès d'un établissement de santé (26 mères sur 33, et réponse consensuelle pour 21 des 33 groupes focaux) à l'emploi de médecines traditionnelles (7 mères sur 33 et 11 guérisseurs sur 13), faire baisser la fièvre et envoyer l'enfant malade dans un hôpital ou un centre de soins spécialisé (8 prestataires de soins sur 17). Certaines mères (7 sur 33) et groupes focaux (réponse consensuelle de 8 groupes focaux sur 33) essaieraient d'abord un remède à domicile; pour la plupart, leur premier choix pour le traitement d'une IRIA est l'établissement de santé (26 mères sur 33; réponse consensuelle de 19 groupes focaux sur 33).

Parmi les pratiques rapportées risquant de compromettre le rétablissement d'un enfant souffrant d'une IRA, on notait 1) l'emploi de lavements détergents ou désinfectants; 2) l'inhalation de fumée d'herbes médicinales; et 3) le diagnostic erroné d'une IRIA par les prestataires de soins. Des efforts de formation visant à améliorer les aptitudes des prestataires de soins en matière de diagnostic et de traitement des IRIA sont déjà en cours. L'éducation des patients doit comporter des instructions sur les soins suivis à domicile. On doit diffuser des messages, visant : à décourager le recours aux lavements et à l'inhalation de fumées comme remède aux IRA, à faciliter le dépistage d'un cas grave (IRIA) et à encourager le recours immédiat et prioritaire par la communauté aux établissements de santé pour traiter une IRIA.

## Introduction

En 1990, les infections respiratoires aiguës (IRA) étaient à l'origine de 4,3 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans, soit, selon les estimations, un tiers des taux de mortalité du nouveau né et de l'enfant des pays en voie de développement (OMS 1992). Les IRA se classent essentiellement en deux catégories: les infections respiratoires supérieures aiguës (IRSA), comprenant rhumes, rhinites, amygdalites et otites; et les infections respiratoires inférieures aiguës (IRIA), pneumonie essentiellement. La pneumonie bactérienne est la principale cause de mortalité par IRA (UNICEF 1988a; Galway, Wolff et Sturgis *et al.* 1987).

En 1988, 15% des décès en hôpital d'enfants de moins de 5 ans au Swaziland étaient imputées à des IRA (Projet de soins de santé primaires 1990). En 1989, le Ministère de la santé publique a commencé à développer une stratégie de programme s'appuyant sur des directives établies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui visait à diminuer la mortalité par IRA grâce à une détection précoce des IRIA par les mères et les prestataires de soins et par le traitement adéquat des cas d'IRIA dans les établissements de santé (OMS 1990).

Un dépistage précoce des IRIA peut être faussé en raison de la similarité entre certains symptômes et d'autres, signalant des infections respiratoires supérieures moins graves. Il est utile de savoir comment une population identifie et classifie les divers symptômes d'IRA pour promouvoir le dépistage précoce de maladies graves par des mères et autres responsables de soins et améliorer le traitement des cas par les prestataires de soins. Cette étude, menée dans le cadre de la collecte de données de base pour le développement d'un programme dans le Swaziland, décrit le diagnostic et le traitement des IRA chez des enfants âgés de moins de 5 ans, par leurs mères, et les responsables de soins, les guérisseurs traditionnels et les prestataires de soins.

## Contexte

Le Swaziland est un petit pays enclavé (17 364 km<sup>2</sup>) dans le sud-est de l'Afrique, d'une population de 702 800 habitants (Gouvernement du Swaziland 1987). Sa langue est le siSwati; l'anglais est la deuxième langue et la langue officielle du gouvernement. Les Swazis reconstituent leur descendance par le biais de liens patrilinéaires, renforcés par leur motif résidentiel principal, la patrilocalité. Dans ce système, une femme mariée réside avec, ou près de son époux et de la famille de celui-ci. Bien que le patriarcat soit de rigueur chez les Swazis, les femmes âgées jouent un rôle influent au niveau de la prise de décisions familiales. Dans la famille, ce sont le père, la mère et, selon l'endroit où le couple marié réside, la grand-mère paternelle de l'enfant qui prennent les décisions portant sur les soins de santé des jeunes enfants (Kuper 1947; Booth 1983; Huppert 1983; Ngubane 1983; Wilson 1992).

Le taux de mortalité infantile du Swaziland est estimé à 110/1000 (UNICEF 1988b). Un bon système routier relie la plupart des foyers aux établissements de santé. Les services de santé sont fournis par le gouvernement, les missions, l'industrie et les individus (médecins à leur compte dans les zones urbaines et infirmières diplômées dans les zones rurales) (Gule 1990). Le rapport médecin-population est de 1 pour 10 000 (Gouvernement du Swaziland 1987). Dès 1986, le Ministère de la santé comptait un total de 1 298 agents de santé, dont la plupart sont des infirmières diplômées (703), supervisées par le Ministère de la santé. Les guérisseurs traditionnels constituent une source supplémentaire de soins de santé. Green et Makhubu estimaient qu'en 1984, on dénombrait plus de 5 000 guérisseurs (*tinyanga temitsi*) au Swaziland (Green et Makhubu 1984). Ainsi, à la différence du rapport médecin-population, le rapport guérisseur-population est estimé à 1 pour 110 (Gouvernement du Swaziland 1987). C'est pour cela que les guérisseurs traditionnels, ainsi que les prestataires de soins traditionnels, ont été inclus dans cette étude.

## Matériel et Méthodes

### Sélection des personnes sondées

Le recensement de 1986 a divisé le Swaziland en 1080 zones administratives de recensement. Nous avions au départ l'intention de lier nos résultats à l'étude Swaziland Family Health Survey (SFHS), menée en 1988. Cette enquête SFHS faisait appel à un échantillon en grappe à deux niveaux comprenant des femmes âgées de 15 à 49 ans et des hommes âgés de 15 à 59 ans, dont les domiciles étaient situés dans 174 zones de recensement différentes. Par conséquent, en nous appuyant sur la liste des zones de recensement de cette enquête SFHS, nous les avons sélectionnées au hasard, puis nous avons choisi de manière systématique une zone sur dix pour notre étude. On a ainsi obtenu 17 zones au total, ce qui aurait dû se solder par des entretiens avec 400 individus dans quatre secteurs administratifs à travers le Swaziland. Toutefois, ces entretiens se sont avérés longs et étant donné la nature de cette enquête, en grappe, elle n'aurait peut-être pas fourni d'estimations précises, on a opté pour un type d'étude plus qualitatif:

Six entretiens ont été prévus par site: deux entretiens avec des groupes focaux (un groupe d'hommes, un groupe de femmes) et quatre entretiens individuels (deux mères d'enfants de moins de 5 ans, un guérisseur et un prestataire de soins).

Pour chaque zone, on s'est procuré, auprès du Ministère des statistiques et de la planification économique, une carte où se trouvaient numérotés les foyers. Après avoir sélectionné de façon aléatoire les premiers foyers de chaque zone, on a visité les foyers les plus proches jusqu'à ce qu'on puisse s'entretenir avec deux mères d'enfants âgés de moins de cinq ans. Les membres des groupes focaux ont été sciemment sélectionnés dans des foyers proches, des commerces et autres sites proches des foyers sélectionnés au hasard. Un entretien individuel ainsi que celui avec un groupe focal composé d'hommes n'ont pas pu être achevés pour cause d'intempéries.

On a demandé à chaque mère d'identifier l'établissement de santé et le guérisseur traditionnel qu'elle contacterait si son enfant tombait malade. On a questionné un prestataire de soins dans chacune des 17 établissements de santé identifiés par les mères.<sup>1</sup> Des 13 guérisseurs, identifiés par 25 mères, tous ont acceptés d'être questionnés (huit mères n'ont pas nommé de guérisseur).

---

1 On n'a pas eu de difficulté à sélectionner d'éventuels participants dans les postes de santé ruraux étant donné qu'il n'y avait qu'une infirmière de garde au moment des entretiens. Toutefois, quand les hôpitaux urbains étaient identifiés comme des sources habituelles de soins médicaux, nous avons obtenu la permission de l'infirmière supérieure pour pouvoir nous entretenir avec l'une des infirmières de garde et responsable de l'observation des jeunes enfants dans le centre de soins pour consultations externes.

## Collecte des données

L'étude a fait appel à des procédures d'évaluation rapides (PER) (Scrimshaw & Hurtado 1988a) et à des méthodes d'étude ethnographique ciblée (EEC) (OMS 1991) visant à évaluer la manière dont les IRA sont diagnostiquées et traitées. Les PER et les EEC font appel à plusieurs méthodes anthropologiques (telles que des entretiens individuels libres et structurés, et des entretiens avec des groupes focaux) pour une collecte rapide de données qualitatives et quantitatives. Le protocole des EEC comporte des procédures de recherche spécialement développées pour l'étude des IRA.

Les entretiens avec les groupes focaux étaient nécessaires car ils peuvent fournir des données contextuelles et comportementales fiables à partir d'un grand nombre de personnes sondées dans une courte période de temps (Krueger 1988; Glik, Gordon, Ward, Kouame, et Guessen 1988). Les entretiens individuels ont fourni des informations plus approfondies.

En s'appuyant sur deux scénarios de cas, on a obtenu des informations sur le degré de compréhension de la part des personnes sondées, de l'étiologie, du diagnostic et du traitement des IRA. Le premier décrivait un enfant présentant des symptômes d'IRSA, et le deuxième un enfant présentant des symptômes d'IRIA. Pour chaque entretien individuel ou avec un groupe focal, l'enquêteur lisait haut le scénario dans la langue locale, le siSwati. On a ensuite demandé aux personnes sondées d'établir un diagnostic, d'indiquer une étiologie et de suggérer un traitement de la maladie décrite par le scénario. Une fois cette procédure terminée, on a demandé aux personnes sondées d'établir une liste des symptômes et traitements pour trois termes siSwati décrivant une IRA (*umkhuhlane*, *emahlaba*, et *tucabangu*).

Les questions portant spécifiquement sur les IRA faisaient partie d'un entretien plus vaste qui traitait des caractéristiques sociodémographiques des personnes sondées, de leurs connaissances et pratiques liées à quatre maladies de l'enfant, et de trois mesures préventives portant sur la santé de l'enfant et de la mère. Chaque entretien prenait au total entre 45 et 60 minutes. Pour les groupes focaux, la durée des entretiens était comprise entre 45 et 60 minutes.<sup>2</sup> Les entretiens (présentation des scénarios de cas d'IRA et exercice de listage compris) ont été effectués par une équipe de six membres du personnel du Ministère de la santé formés et supervisés par l'un des auteurs (RPW). Les participants de la communauté ont été questionnés en siSwati. Les entretiens avec les prestataires de soins ont été effectués en anglais ou siSwati. Les entretiens individuels et ceux avec les groupes focaux ont été effectués en 1990 au cours des mois d'octobre (14 sites) et de décembre (trois sites).

## Analyse de données

Les données des entretiens individuels ont été entrées et analysées au moyen du logiciel Epi Info (Dean, *et al.* 1990). Les données des groupes focaux ont été rassemblées manuellement,

---

2 Tous les entretiens individuels ou en groupes focaux ont été enregistrés sur cassette.

puis entrées et analysées au moyen d'Epi Info. En ce qui concerne les entretiens avec les groupes focaux, le groupe constitue l'unité d'analyse; pour d'autres entretiens, il s'agit de l'individu. Ainsi, les fréquences et pourcentages rapportés dans le texte reflètent souvent les réponses consensuelles du groupe focal, et non pas des réponses individuelles. Pour certaines questions, on a accepté plus d'une réponse (notamment les questions sur le diagnostic et l'étiologie des scénarios de cas). Au cours de l'analyse, seule la première réponse a été comptée. Pour les questions sur la manière dont l'enfant doit être traité, on a demandé aux personnes sondées de nommer les trois mesures à prendre par ordre de priorité. Les groupes focaux ont discuté leurs options et fourni une réponse consensuelle.<sup>3</sup> En ce qui concerne l'exercice libre consistant à établir une liste, toutes les réponses de symptômes rapportées ont été comptées.

Afin d'être clair, nous utilisons des termes spécifiques pour décrire chaque type de personne sondée. "Mère" est utilisé pour les mères d'enfants de moins de 5 ans interrogées individuellement. "Groupe focaux" décrit les hommes et les femmes qui ont participé aux discussions des groupes focaux; "prestataire de soins" décrit les agents de santé questionnés dans les établissements de santé (clinique ou hôpital); et "guérisseur" décrit les guérisseurs traditionnels nommés par les mères comme sources de soins. Les termes de maladie en siSwati sont présentés en italiques, avec leurs équivalents approximatifs en anglais indiqués entre parenthèses.

---

3 La recherche d'un consensus après une discussion de groupe est une procédure habituelle et naturelle au sein de plusieurs groupes ethniques d'Afrique australe.

## Résultats

### Caractéristiques des personnes sondées

Au total, 96 entretiens ont été menés à terme, consistant en 33 mères, 33 groupes focaux masculins et féminins, 17 prestataires de soins, et 13 guérisseurs traditionnels pour un total global de 303 personnes. Le Tableau 1 présente par région le type et le nombre de personnes sondées dans les sites d'étude ruraux et urbains.

Tableau 1.

<b>Nombre d'entretiens effectués par catégorie et région. Etude des comportements de personnes en quête de soins au Swaziland, 1990.</b>					
<b>Nom de la région</b>	<b>Type de site</b>	<b>Prestataires de soins</b>	<b>Responsables des enfants</b>	<b>Groupes focaux</b>	<b>Guérisseurs</b>
Hhohho	2 urbains	2	4	4	0
	3 ruraux	3	5	6	2
Lubombo	1 urbain	1	2	2	1
	3 ruraux	3	6	6	2
Manzini	2 urbains	2	4	4	2
	3 ruraux	3	6	5	3
Shiselweni	3 ruraux	3	6	6	3
Total global des entretiens	5 urbains 12 ruraux	17	33	33	13

#### *Mères seules*

Nous avons mené 33 entretiens individuels avec des mères d'enfants âgés de moins de 5 ans. Deux entretiens ont été menés sur chaque site; en raison des mauvaises conditions météorologiques, un entretien n'a pas pu avoir lieu. La plupart des mères ont déclaré avoir reçu quelque formation dans le cadre scolaire: 10 avaient fréquenté à l'école primaire (sans y avoir toutefois achevé leur scolarité), 19 avaient terminé le collège, et quatre n'ont pas pu fournir d'informations à ce sujet. Vingt-trois mères ont déclaré pouvoir lire le siSwati.

#### *Groupes focaux*

Trente-trois entretiens avec des groupes focaux ont été effectués, 16 groupes d'hommes et 17 de femmes. L'entretien avec un groupe focal masculin n'a pas pu être terminé en raison des intempéries. Au total, 240 individus ont participé à ces groupes. La taille moyenne de chaque

groupe était de sept personnes (fourchette de 4 à 15), et l'âge moyen des personnes sondées en groupes était de 34 ans pour les hommes (fourchette de 20 à 47), et de 27 ans pour les femmes (fourchette de 22 à 41). Même si les participants des groupes focaux n'étaient pas forcément des parents, c'était le cas pour la plupart d'entre eux. Le nombre moyen d'enfants par participant à des groupes focaux a été relevé pour 24 groupes focaux. Pour les groupes focaux masculins, le nombre moyen d'enfants par participant était de six, et de quatre pour les groupes focaux féminins.

### *Guérisseurs traditionnels*

13 entretiens avec des guérisseurs ont eu lieu sur les 17 sites. Douze guérisseurs traditionnels étaient des *tinyangas*, et un guérisseur était un *sangoma* (devin). Leurs spécialités couvraient la pratique générale, les traitements par herbes médicinales, le traitement de douleurs thoraciques, la divination, les maladies de l'enfant et de la femme enceinte, et les problèmes spirituels. La plupart des guérisseurs étaient des hommes mariés qui résidaient et pratiquaient dans des communautés rurales. Leur âge moyen était de 49 ans (fourchette de 34 à 88). L'appartenance à une confession ou une tradition religieuse était courante: 11 étaient de confession protestante, l'Eglise sioniste en général, l'un pratiquait la religion swazi traditionnelle; et un autre ne revendiquait aucune affiliation religieuse. Peu de guérisseurs avaient reçu une éducation formelle mais la plupart pouvaient lire le siSwati. Les guérisseurs pratiquaient depuis 1 à 72 ans (moyenne = 25 ans); huit pratiquaient depuis plus de 15 ans.

### *Prestataires de soins*

Dix-sept entretiens avec des prestataires de soins ont été terminés; 16 des personnes sondées étaient des prestataires de soins, 1 une aide-soignante. Huit des prestataires de soins étaient par ailleurs des sages-femmes certifiées. Seize étaient des femmes. Leur âge moyen était de 40 ans (fourchette de 24 à 64). Trois seulement ont indiqué moins de 10 ans d'expérience professionnelle.

## Scénarios d'IRA hypothétiques

### *Diagnostic et étiologie du Cas I*

<b>Cas I</b>
<i>Une mère a une petite fille d'un an présentant les signes suivants: toux, fièvre, mal à la gorge, nez bouché ou qui coule, et yeux larmoyants ou rouges. Quand vous questionnez la mère, elle vous dit que l'enfant peut se nourrir au sein mais ne joue pas de manière active.</i>

Le Tableau 2 résume les réponses portant sur le diagnostic et l'étiologie du Cas I hypothétique d'IRA par catégorie de personnes sondées. Les prestataires de soins ne figurent pas sur ce tableau car leurs entretiens ont été effectués en anglais. *Umkhuhlane* (grippe) s'est trouvé être le premier terme donné en ce qui concerne le Cas I d'IRA par les mères et les

guérisseurs traditionnels. *Umkhuhlane* était souvent associé à des toux, fièvre et/ou nez coulant, parfois accompagnés d'une perte d'appétit. Les personnes sondées pensaient que *umkhuhlane* était causé par des facteurs tels que le froid ambiant, une mauvaise alimentation, le port de vêtements insuffisants par l'enfant, une mauvaise hygiène à domicile, la sorcellerie ou l'ingestion d'une quantité excessive d'eau par l'enfant.

Tableau 2.

<b>Fréquence des termes de maladies utilisés par les mères, guérisseurs, groupes focaux masculins et féminins pour diagnostiquer le Cas I d'IRA.*</b> <b>Est aussi listée une gamme d'étiologies associées par type de personnes sondées. Etude des comportements de personnes en quête de soins au Swaziland, October, 1990.</b>				
Terme décrivant la maladie	Meres N = 33	Guérisseurs N = 13	Groupes focaux masculins N = 16	Groupes focaux féminins N = 17
Umkhuhlane/yimbo (grippe/rhume)	(10) Temps froid Malnutrition Tenue vestimentaire inadaptée Trop d'eau chaude	(7) Modifications météorologiques Malnutrition "Arrive tout seul" Fièvre	(6) Temps froid Air impur Sorcellerie Foyer sale	(2) Temps froid
Lishashati (mal à la gorge/amygdalite)	(4) Sang stagnant Toux Air impur Malnutrition	(2) Ne sait pas	(8) Malnutrition Nourriture avariée Fièvre Temps froid Air impur	(6) Grippe Fièvre Non immunisé
Incubulunjwana (rougeole)	(3) Non immunisé	(2) Modifications météorologiques Absorption d'eau impure	(0)	(3) Ne sait pas
Lukhwehlehwehle (coqueluche)	(1) Gorge sèche	(0)	(0)	(3) Non immunisé
Autres maladies	(8) Manque de temps pour allaiter	(2) Positionnement au cours de la grossesse	(1) Positionnement en cours de la grossesse	(3) Non immunisé Air impur Tenue vestimentaire inadaptée
Ne sait pas	(7)	(0)	(1)	(0)

\* Il s'agit de réponses multiples pour lesquelles seule la première réponse de l'individu et du groupe est comptée. Les prestataires de soins n'ont pas été inclus car leurs entretiens ont été effectués en anglais. Les nombres entre parenthèses indiquent le nombre de personnes sondées par catégorie ayant mentionné le terme spécifique de la maladie puis offert l'une au moins des étiologies figurant dessous.

Le diagnostic consensuel le plus souvent cité par les groupes focaux, mais classé deuxième auprès des mères, était *lishashati* (mal à la gorge/amygdalite). Les causes citées comprenaient: malnutrition, fièvre, et "air impur". Seize des 17 prestataires de soins (ne figurant pas sur le tableau) ont déclaré que l'enfant était victime d'une infection de l'appareil respiratoire supérieur liée à une exposition à de basses températures, à une exposition à d'autres personnes victimes d'une maladie similaire, à une "mauvaise hygiène",<sup>4</sup> ou à une exposition à un virus quelconque; l'un d'eux a déclaré que l'enfant était victime d'une infection de l'appareil respiratoire inférieur ou d'une pneumonie et a suggéré qu'elle avait été contractée par une exposition à de basses températures.

#### *Traitement préconisé pour le Cas I d'IRA*

##### *Traitement préconisé par les mères*

Vingt mères sur 33 (61%) ont suggéré, comme mesure prioritaire de traitement, le transfert de leur enfant dans un établissement de santé (centre de santé pour 42%, hôpital pour 15%); neuf (27%) essaieraient un remède à domicile - sirop pour la toux, infusions médicinales, ou lavement détersif, par exemple; et quatre (12%) n'avaient pas de suggestion. Si la condition de l'enfant ne s'améliorait pas, trois, parmi celles qui suggéraient une visite à l'hôpital, ont déclaré être disposées à y laisser l'enfant, et deux ont dit qu'elles essaieraient un guérisseur. Toutes les mères qui avaient suggéré un traitement de l'enfant par un remède à domicile ont dit qu'elles amèneraient l'enfant à un centre de santé ou un hôpital si ce dernier ne présentait aucun signe d'amélioration. Les mères n'ont pas suggéré une visite chez un guérisseur comme option de traitement avant d'essayer un traitement à domicile ou dans un établissement de santé.

Quand on leur a demandé de donner une liste de traitements pour *umkhuhlane*, les mères ont déclaré que cette maladie doit être traitée en enveloppant l'enfant de vêtements chauds et en lui administrant des remèdes à domicile - eau, infusions, soupes, lavements, ou médicaments pouvant être obtenus sans ordonnance sur les marchés, dans le commerce ou chez le pharmacien.

##### *Traitement préconisé par les groupes focaux*

Les groupes focaux ont fourni une réponse consensuelle pour les trois traitements prioritaires de l'enfant du Cas I. Les groupes focaux masculins préféraient un remède à domicile (44%) ou un traitement dans un établissement de santé comme premier traitement (centre de santé pour 25%, hôpital pour 19%). Si ces méthodes restaient sans effet, les hommes opteraient ensuite pour un établissement de santé (53%) ou un guérisseur traditionnel (40%).

---

4 L'un des prestataires de soins ayant diagnostiqué la maladie comme étant la rougeole (une infection de l'appareil respiratoire supérieur) a cité une "mauvaise hygiène" comme facteur causal.

Les groupes focaux féminins ont préféré un premier traitement dans un établissement de santé (centre de santé pour 64%, hôpital pour 12%) à un traitement à domicile (18%) ou à des guérisseurs traditionnels (6%). Si l'enfant n'affichait aucun signe d'amélioration, les groupes focaux féminins ont recommandé qu'il soit transféré dans un hôpital (47%), un centre de santé (41%) ou chez un guérisseur traditionnel (12%).

#### Traitement préconisé par les guérisseurs traditionnels

Quand on a demandé aux guérisseurs traditionnels comment ils traiteraient l'enfant, 11 sur 13 ont suggéré de le traiter par les médicaments traditionnels et deux ont suggéré que la mère l'amène dans une centre de soins. Quand on leur a demandé s'ils avaient traité un enfant présentant de tels symptômes au cours des mois de l'hiver passé, 11 (85%) ont répondu par l'affirmative. Les traitements médicaux traditionnels préconisés par les guérisseurs comprenaient des lavements ou infusions à base d'herbes médicinales, une thérapie à base d'inhalation de fumées et des concoctions achetées en pharmacie. Les guérisseurs ont exprimé leur confiance dans leurs traitements et indiqué qu'ils continueraient à traiter l'enfant ou enverraient la mère chez un autre guérisseur si l'enfant ne réagissait pas favorablement au traitement. La médecine traditionnelle était le deuxième traitement recommandé par les deux guérisseurs ayant suggéré le transfert prioritaire de l'enfant dans un établissement de santé.

#### Traitement préconisé par les prestataires de soins

Si une mère amenait un enfant présentant les signes exposés au Cas I dans un centre de santé, 15 prestataires sur 17 (88%) ont recommandé l'administration de fluides à l'enfant comme mesure prioritaire. Dix de ces 15 prestataires de soins recommandaient un traitement supplémentaire dans leur centre de santé comme deuxième mesure, alors que 5 continueraient l'administration de fluides ou de médicaments par la mère et la vérification de la respiration de l'enfant comme deuxième mesure. Dix (59%) prestataires de soins sur 17 ont déclaré avoir traité des cas similaires au Cas I au cours de l'hiver passé.

Quand on leur a demandé comment ils traiteraient un tel cas, 11 (65%) ont suggéré un recours aux antibiotiques (ampicilline, pénicilline ou triméthoprime-sulfaméthoxazole) ainsi que d'autres médicaments pour soulager des symptômes spécifiques: 13 (76%) prestataires de soins sur 17 ont suggéré l'administration d'acétaminophène pour la fièvre; huit (47%) ont déclaré qu'on devrait administrer à l'enfant un sirop pour la toux; deux (12%) ont inclus l'emploi de gouttes nasales dans le traitement qu'ils prescriraient; trois (18%) l'emploi de fluides par voie orale; et un (6%) a recommandé un supplément de multivitamine. Deux (12%) ont déclaré que l'enfant devrait être immunisé et deux autres (12%) n'ont pas suggéré de traitement.

Les normes actuelles du Ministère de la santé pour le traitement de cas d'IRSA suggèrent que les prestataires de soins doivent 1) conseiller à la mère d'augmenter le volume de fluides administrés à l'enfant, et 2) fournir des médicaments de soins palliatifs (analgésiques, antipyrétiques ou remèdes contre la toux) pour calmer la fièvre et soulager la gorge. Les

antibiotiques ne sont pas conseillés à l'exception des cas d'otites moyennes ou de pharyngites streptococciques.

*Diagnostic et étiologie du Cas II*

**Cas II**

*Un garçon de dix mois a été amené dans un centre de santé et présentait les signes suivants: respiration rapide ou difficile, rétraction thoracique, fièvre d'une durée d'un jour, yeux rentrés, et toux pendant trois jours. La mère vous signale que l'enfant n'a pas de diarrhée mais manque d'appétit.*

Une gamme plus vaste de diagnostics a été offerte pour le cas du scénario II. Les mères et groupes focaux ont cité les trois maladies suivantes le plus fréquemment: *sifuba sem nya* (asthme), *emahlaba* (pneumonie), et *malaleveva* (paludisme). *Lukhwehlehwehle* (coqueluche) a aussi été mentionné par trois mères (Tableau 3).

Tableau 3.

Fréquence des termes de maladies utilisés par les mères, guérisseurs, groupes focaux masculins et féminins pour diagnostiquer le Cas II d'IRA.* Est aussi listée une gamme d'étiologies associées par type de personnes sondées. Etude des comportements de personnes en quête de soins au Swaziland, October, 1990.				
Terme décrivant la maladie	Mères N = 33	Guérisseurs N = 13	Groupes focaux masculins N = 16	Groupes focaux féminins N = 17
Sifube semoya (asthme)	(7) Temps froid Héréditaire Infection croisée	(3) Héréditaire Sorcellerie Infection	(5) Conditions impropres Absence d'immunisation	(3) Temps froid Absence d'immunisation
Emahlaba (pneumonie)	(6) Air impur Temps froid Toux prolongée Malnutrition	(1) Temps froid	(3) Inconnu	(6) Temps froid Inconnu
Malaleveva (paludisme)	(6) Piqûres de moustiques Environnement Enfant négligé	(0)	(0)	(3) Moustiques Conditions impropres
Lukhwehlehwehle (coquelucne)	(3) Asthm. En attrapant un rhume Manque d'immunisation	(0)	(1) Sein sale	(0)
Grippe (umkhulane)	(2) Air impur Temps froid	(0)	(0)	(1) Temps froid
Lishashati (mal à la gorge/amygdalite)	(2) Sang mauvais Inconnu	(1) Mauvais esprits	(2) Mauvaise alimentation	(0)
Tuberculose	(2) Environnement	(1) Plaies au foie	(0)	(1) Inconnu
Autres maladies	(3)	(7) Sorcellerie	(4) Hérédité	(2)
Ne sait pas	(2)	(0)	(1)	(1)

\* Il s'agit de réponses multiples pour lesquelles seule la première réponse de l'individu et du groupe est comptée. Les prestataires de soins n'ont pas été inclus car leurs entretiens ont été effectués en anglais. Les nombres entre parenthèses indiquent le nombre de personnes sondées par catégorie ayant mentionné le terme spécifique de la maladie puis offert l'une au moins des étiologies figurant dessous.

Les groupes focaux masculins et les guérisseurs traditionnels ont établi des diagnostics différents de ceux des mères et des groupes focaux féminins pour le Cas II d'IRA (Tableau 3); aucun d'entre eux n'a mentionné le paludisme comme diagnostic possible. Sept des 13 guérisseurs (54%) ont mentionné "d'autres maladies", qui comprenaient "dysfonctionnement veineux", "excès biliaire", indigestion et problèmes cardiaques. La plupart des guérisseurs ont imputé ladite maladie à la sorcellerie ou aux mauvais esprits. Les groupes focaux et les mères ont attribué la maladie du Cas II principalement au temps, à l'hérédité ou à l'environnement de l'enfant (domicile).

Quand on leur a demandé de donner leur diagnostic pour l'enfant du Cas II, 11 prestataires de soins sur 17 (65%) ont diagnostiqué une infection respiratoire inférieure; 10 ont plus particulièrement mentionné la "pneumonie". Ils ont attribué cette infection à une exposition au froid, à la toux et à une exposition de l'enfant à un courant d'air après un bain.

#### *Traitement préconisé pour le Cas II d'IRA*

##### *Traitement préconisé par les mères*

Vingt-six mères (79%) ont déclaré qu'elles amèneraient l'enfant dans un établissement de santé en priorité s'il présentait les signes cités dans le Cas II. Sept mères (21%) essaieraient tout d'abord un remède à domicile. Si les traitements dans l'établissement de santé n'arrivaient pas à soigner l'enfant, les mères feraient appel à des traitements dans des établissements de santé et des traitements avec les médicaments traditionnels. Un tiers des mères ont déclaré qu'elles choisiraient un guérisseur en dernier ressort.

##### *Traitement préconisé par les groupes focaux*

Le traitement consensuel préconisé par les groupes focaux masculins recommandait soit d'amener l'enfant dans une centre de santé (31%), dans un hôpital (31%) ou chez un guérisseur traditionnel (19%), ou soit d'administrer des remèdes à domicile (19%) comme mesure prioritaire du processus thérapeutique. En second lieu, la plupart (81%) recommandait un établissement de santé; 18% conseillaient d'amener l'enfant auprès d'un guérisseur traditionnel.

Les groupes focaux féminins recommandaient un centre de soins (38%), un hôpital (31%) ou un remède à domicile (31%) comme mesure prioritaire. Si l'enfant ne présentait aucun signe d'amélioration, tous les groupes focaux féminins, à l'exception d'un, recommandaient un traitement dans un établissement de santé. Un groupe seulement recommandait une consultation auprès d'un guérisseur traditionnel.

##### *Traitement préconisé par les guérisseurs*

Dix guérisseurs sur 13 (77%) ont suggéré un traitement traditionnel. Trois ont déclaré qu'ils conseilleraient à la mère de se rendre préalablement dans un établissement de santé; si le traitement préconisé par le centre de santé échouait, ils essaieraient des méthodes traditionnelles. Cinq des 10 guérisseurs qui avaient initialement prescrit un traitement

traditionnel ont déclaré qu'ils enverraient leurs patients chez des guérisseurs spécialisés dans les thérapies par médicaments traditionnels si leurs propres méthodes échouaient, et cinq ont dit qu'ils enverraient les mères dans un établissement de santé. Les guérisseurs traditionnels ont déclaré qu'ils traiteraient cette maladie au moyen de lavements, de médicaments ou par l'inhalation de fumées d'herbes médicinales.

#### Traitement préconisé par les prestataires de soins

Les 10 prestataires de soins qui avaient diagnostiqué l'enfant du Cas II comme atteint d'une pneumonie ont indiqué qu'ils fourniraient tout d'abord des soins palliatifs dans l'établissement de santé, puis enverraient le patient dans un hôpital. Les autres prestataires de soins ont mal diagnostiqué l'enfant (4), ont déclaré n'avoir aucune idée (2), ou n'ont pas pu répondre (1).

Dans le cas d'une rétraction thoracique, les prestataires de soins ayant donné un diagnostic correct ont déclaré qu'ils auraient déjà envoyé l'enfant dans un hôpital avant le développement de ce signe ou qu'ils lui auraient administré un traitement à base d'antibiotiques, de fluides, puis l'auraient envoyé à l'hôpital.

Les normes du Ministère de la santé et de l'OMS pour la gestion de cas d'IRIA se concentrent sur le diagnostic et le traitement de la pneumonie. Les prestataires de soins doivent déterminer si l'enfant est atteint de pneumonie en mesurant son taux respiratoire, en s'appuyant sur des normes liées à l'âge, ou en observant d'autres signes de danger (rétraction thoracique, sifflements ou respiration striduleuse) servant de base au diagnostic (OMS 1990). Si les signes d'un danger de pneumonie sont présents, le Ministère de la santé recommande que le prestataire de soins traite l'infection des enfants par un antibiotique (cotrimoxazole), fournisse un analgésique pour soulager la douleur ou la gêne associée à une respiration difficile et recommande que le responsable des soins augmente l'ingestion de liquide par l'enfant.

## Listing

Les réponses multiples obtenues à partir des listings de mères et de groupes focaux ont fourni des informations sur les comportements des personnes en quête de soins pour trois maladies: *umkhuhlane*, *emahlaba*, et *lucabangu*. Seules les réponses liées à *lucabangu* sont rapportées ici, étant donné que les données du scénario de cas, ont fourni des informations sur les deux autres maladies.

### *Lucabangu*

Sur les 29 mères sondées, 11 ont déclaré ne pas connaître le terme *lucabangu*. Les mères le reconnaissant ont décrit les symptômes de rétraction thoracique (8 sur 18), de respiration rapide (3), et de gêne généralisée (2). Les symptômes suivants ont aussi été mentionnés: perte de poids, pleurs, respiration difficile, gêne, fièvre, halètement, douleurs et yeux rentrés.

Les membres de 21 groupes focaux sur 33 reconnaissaient le terme de cette maladie. Parmi les réponses des groupes focaux, la rétraction thoracique était le symptôme le plus souvent cité (par cinq groupes focaux masculins sur 10, et par sept groupes focaux féminins sur 11). Parmi les symptômes le moins souvent cités, figuraient l'approfondissement de la poitrine, des douleurs thoraciques, une perte de poids et des pleurs.

Une condition anormale dans les yeux de l'enfant (yeux blancs, strabisme convergent, yeux fixes, rouges, pupilles dilatées) était le signe d'un danger le plus souvent rapporté par les mères (11 sur 33) et les groupes focaux (cité par neuf groupes focaux masculins sur 14<sup>5</sup> et par 10 groupes focaux féminins sur 17). Les symptômes suivants ont été rapportés par au moins deux mères comme étant des signes de gravité: toux, vomissements, épilepsie et perte d'appétit. Quand on leur a demandé comment elles traiteraient *lucabangu*, 10 mères et neuf groupes focaux féminins ont déclaré ne pas savoir; sept mères, huit groupes focaux masculins et six groupes focaux féminins ont suggéré le recours à des pratiques traditionnelles ou à des guérisseurs; six mères, un groupe focal masculin et deux groupes focaux féminins ont suggéré une assistance auprès d'un établissement de santé; et un groupe focal féminin a suggéré des traitements préconisés à la fois par un hôpital et un guérisseur.

Dans le cas de la présence de signes de gravité, les groupes focaux ont recommandé un établissement de santé (cinq groupes focaux masculin, six groupes focaux féminin sur 13), un traitement à domicile ou le recours à des guérisseurs traditionnels (deux groupes focaux masculins, six groupes focaux féminins), ou un traitement à partir de deux sources (quatre groupes focaux masculins, un groupe focal féminin).

---

5 Deux des groupes focaux masculins n'ont pas répondu à cette question.

## Discussion

### Méthodes

Nous avons utilisé deux scénarios de cas hypothétiques et un exercice de listing visant à déterminer la terminologie de la maladie, les symptômes, l'étiologie et les pratiques thérapeutiques pour des infections respiratoires aiguës au Swaziland. Même si les scénarios hypothétiques ont fourni des données utiles, il est significatif qu'aucune catégorie n'ait mentionné que l'enfant du Cas II était atteint de *lucabangu*, maladie présentant les symptômes des infections respiratoires inférieures. Notre expérience dans l'emploi de ces méthodes tend à suggérer que les scénarios de cas fondés sur des définitions biomédicales d'IRA ne constituent peut-être pas la meilleure façon d'obtenir les termes locaux de maladies. Dans cette étude et ailleurs (Wilson, Shale et Parker 1991), nous avons découvert que les entretiens permettant aux responsables des enfants d'établir des listes de termes de maladies et de leurs symptômes doivent constituer la première étape de la formulation d'hypothèses sur les termes et types de maladies par IRA locales. Ces hypothèses peuvent être ultérieurement mises à l'épreuve au moyen d'autres méthodes, scénarios de cas, examens cliniques, classifications par symptômes ou enquêtes, notamment.

Bien qu'ayant utilisé un petit échantillon, nous pensons que cette étude fournit des données solides sur la terminologie et les pratiques liées aux IRA dans le Swaziland parce que: 1) les personnes sondées incluaient la plupart des catégories de personnes diagnostiquant et traitant les enfants atteints d'une IRA; 2) les individus qui ont répondu ont été sélectionnés au hasard pour des entretiens approfondis et notre cadre d'échantillonnage a assuré une vaste représentation géographique; 3) les données des groupes focaux s'inscrivent dans le droit fil de celles des entretiens individuels et les complètent; et, 4) nos résultats composites sont basés sur des données issues de sources multiples moyennant plusieurs méthodes. La sélection de foyers proches a peut-être facilité l'arrivée à un consensus au sein des groupes focaux; mais ce processus se produirait normalement quand des décisions thérapeutiques doivent être prises (Ngubane 1983). Toutefois, le recours aux entretiens avec des groupes focaux, plutôt que des entretiens individuels supplémentaires, a compromis notre aptitude à effectuer des estimations quantitatives significatives. Néanmoins, les données présentées ici ont des implications diverses quant à la formation des prestataires de soins et l'éducation des mères et autres responsables d'enfants, en matière de santé.

### Termes et classifications des maladies par IRA

Une des découvertes clés de cette étude est la vaste gamme de termes liés aux IRA dans la langue siSwati. La vaste gamme des termes obtenus pour les scénarios de cas hypothétiques d'IRA ne doit pas être faussement interprétée comme étant causée par la confusion des personnes sondées. Il ne s'agit pas d'un phénomène inhabituel. Les études ethnomédicales de systèmes de classification populaire de la diarrhée chez le jeune enfant illustrent la pléthore de termes de maladies populaires servant à décrire un seul terme du domaine biomédical (Yoder 1991; Scrimshaw et Hurtado 1988b; Bentley, Pelto, et Straus 1988). Nous avons par

conséquent cherché à décrire le domaine des termes IRA et à identifier les divers termes liés aux IRSA et aux IRIA. Il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que des profanes établissent un diagnostic extrêmement précis de la pneumonie; c'est une tâche parfois difficile même pour les médecins (Pio 1986).

L'un des scénarios hypothétiques d'IRA (Cas I) a fourni des termes de maladies présentant des symptômes liés aux IRSA (*yimbo*, *umkhuhlane*, et *lishashati*) et maladies liées pour lesquelles on dispose d'un moyen de vaccination. Les données tendent à suggérer que l'emploi de *yimbo*, *umkhuhlane* et *lishashati* est approprié pour des messages pédagogiques de santé ciblant les IRSA. Etant donné que les personnes sondées associaient *incubulunwana* (rougeole) et *lukhwehlekhehle* (coqueluche) au manque de vaccination, les prestataires de soins et les éducateurs de santé doivent s'appuyer sur les connaissances de la communauté et continuer de promouvoir la vaccination de l'enfant, élément clé de la stratégie de l'OMS pour la lutte contre les IRA.

Le scénario du Cas II d'IRA a fourni plusieurs types de conditions, y compris une maladie présentant des symptômes similaires à ceux de la pneumonie (*emahlaba*), l'asthme (*sifuba semoya*), le paludisme (*malaleveva*) et la coqueluche (*lukhwehlekhehle*). Ceci tend à suggérer que le système populaire de classification peut regrouper *sifuba semoya* et *malaleveva* dans le même domaine qu'*emahlaba* et *lucabangu*, et peut reconnaître le chevauchement clinique de ces maladies. Les enfants souffrant d'asthme présentent par exemple les mêmes symptômes que l'enfant du scénario du Cas II - respiration difficile, toux ou rétractions thoraciques. De la même façon, on note des chevauchements entre la définition clinique du paludisme et des IRIA dans les pays d'Afrique australe à haut risque de paludisme. Une évaluation de 1599 enfants du Malawi a indiqué que 95% des enfants qui répondaient à la définition clinique de l'OMS de la pneumonie, répondaient aussi à la définition clinique du paludisme, qui est "fièvre" (Redd, Bloland, et Kazembe *et al.* 1992), et que 36% des cas répondant à la définition des IRIA étaient aussi porteurs du parasite *P. falciparum*. Bien que le paludisme soit moins prévalent au Swaziland qu'au Malawi, on a tout lieu de penser que les responsables d'enfants diagnostiquent l'enfant du Cas II comme étant atteint de *malaleveva*.

Etant donné que les termes de maladies locaux sont rarement les copies conformes des termes cliniques, on peut supposer que la manière la plus efficace de communiquer avec les mères est de décrire les symptômes clés d'IRIA en termes biomédicaux (respiration rapide et rétraction thoracique, par exemple). On peut aussi communiquer avec les mères en n'utilisant que les termes qu'elles connaissent déjà. Il est probable qu'on obtient plus de nouvelles informations quand les éducateurs procèdent à partir des croyances et pratiques existantes (Kleinman, Eisenberg et Good 1978; Brieger, Ramikrishna et Adeniyi 1983-1984; Agyepong 1992; Brieger et Kendall 1992). Une autre possibilité serait ainsi de développer des messages pédagogique de santé qui traitent des termes reconnus par les mères swazis (*sifuba semoye*, *emahlaba*, *lucabangu*, *malaleveva*) et qui leur apprennent à reconnaître les symptômes cliniques d'IRIA tels qu'exprimés en termes plus biomédicaux (respiration rapide et rétraction thoracique, par exemple).

## Étiologie

On peut encourager les modifications de comportements des mères en quête de traitement, et les pratiques des guérisseurs en se fondant sur le modèle explicatif dont ils disposent en matière de maladies liées à des IRA. Il est probable que les croyances relatives aux causes des maladies sont étroitement liées aux comportements préventifs et curatifs (Kleinman 1981). L'"exposition" était le principal facteur causal invoqué pour expliquer les maladies par IRIA. Cette "exposition" (aux "mauvaises choses circulant dans l'air", au froid, au froid du vent, à une brise soudaine ou aux courants d'air lors d'un bain) par inhalation justifie le traitement à base d'inhalation de fumées d'herbes médicinales. Au cours de son évaluation clinique des enfants swazi présentant des sifflements de poitrine, Simoes (1990) a attribué "une odeur distincte d'herbe en combustion" à la combustion extensive de buissons qui se produit avant les semailles. Cette étude tend à suggérer que l'odeur d'"herbes en combustion" a pu résulter de traitements à base d'inhalation. Si c'était le cas, on pourrait mettre au point une stratégie pour traiter et modifier ce traitement à base d'inhalations qui risque de compliquer la condition de l'enfant. Les messages de l'éducation pour la santé peuvent aussi s'appuyer sur l'explication swazi de "l'exposition" et encourager les mères à utiliser des vêtements de protection pour les enfants au cours de la saison pluvieuse fraîche, mais de vêtements plus légers quand l'enfant souffre d'une IRA accompagnée d'une fièvre. Étant donné le souci des Swazis en ce qui concerne "l'exposition" et le fait que la plupart des personnes sondées manquent de logements chauffés, les mères risquent de craindre de recourir aux bains tièdes pour faire baisser la température de leur enfant. Des discussions au sein de groupes focaux doivent avoir lieu, pour déterminer si les mères accepteraient des messages encourageant l'emploi de bains tièdes pour faire baisser les fièvres et une ventilation adaptée dans les zones où les enfants dorment, surtout au cours de la saison des pluies quand la fumée des feux de bois et de charbon empreignent de nombreux foyers.

## Pratiques thérapeutiques

Au Swaziland, le choix prioritaire pour les enfants âgés de moins de 5 ans est l'établissement de santé (Ministère de la santé du Swaziland 1989; Wilson 1992). Quand les mères amènent leurs enfants atteints d'IRIA dans des établissements de soins, on doit leur inculquer les rudiments en matière de santé et indiquer le traitement approprié. Des informations appropriées sur le traitement de la maladie de l'enfant à domicile doivent aussi leur être fournies de manière à créer un climat de confiance entre les mères et les prestataires de soins. Pour les IRIA, le problème est une détection précise des symptômes de la pneumonie et des soins opportuns et adaptés dans l'établissement de santé, notamment l'instruction correcte des mères en matière de traitement à domicile et des visites suivies. Les réponses des prestataires de soins aux questions portant sur les conseils et le traitement qu'ils préconiseraient aux mères tendent à suggérer que les remèdes à domicile, tels que l'ingestion accrue de liquides, étaient leur principale recommandation en matière de soins à domicile à l'adresse des mères.

Janzen et Arkinstall (1978) et Eng, Naimoli, Naimoli et Parker (1991) ont remarqué l'importance de la mobilisation des ressources de la communauté afin que les mères puissent

consulter des spécialistes et obtenir une assistance médicale pour leur enfant malade. Les coutumes résidentielles et de descendance swazis tendent à suggérer que la grand-mère paternelle et le père de l'enfant figurent au nombre des personnes importantes de ce réseau de soins de santé. Les différences entre sexes, au niveau des comportements quant aux recherches de traitement consistent en une raison supplémentaire de ciblage des pères pour des activités de l'éducation pour la santé liées aux IRA.

Les réponses aux scénarios des Cas I et II d'IRA tendent à suggérer qu'après la visite initiale en centre de santé, les mères des zones rurales et urbaines iront peut-être consulter des guérisseurs si la condition de l'enfant ne connaît pas une amélioration dans de brefs délais. Oyejide et Osinusi (1990) suggèrent que l'emploi généralisé d'infusions d'herbes médicinales et de lavements pour traiter les enfants atteints d'IRA en Afrique indique peut-être leurs effets bénéfiques. Des recherches ultérieures doivent être menées pour identifier l'efficacité des herbes et racines médicinales utilisées par les responsables des enfants et les guérisseurs. Si les traitements à base d'herbes médicinales s'avèrent bénéfiques, le Ministère de la santé doit encourager l'emploi d'infusions d'herbes médicinales par les guérisseurs et la communauté, et doit fournir des informations sur leurs emploi et dosage corrects. Toutefois, on doit mettre en garde contre les traitements à domicile, connus pour être préjudiciables, les lavements préparés à partir de détergents ou de désinfectants par exemple.

Les réponses des prestataires de soins aux Cas I et II tendent à suggérer qu'il est nécessaire d'améliorer les compétences de prise en charge des cas d'IRIA. Le Ministère de la santé doit assurer une formation sur le lieu de travail et avant l'embauche en mettant l'accent sur le diagnostic correct des IRIA et l'emploi rationnel d'antibiotiques.

La prise en charge des cas d'IRA au Swaziland doit aussi mettre un accent tout particulier sur la "communication avec les patients". Tupasi, Miguel et Tallo *et al.* (1989) remarquent que l'établissement d'un climat de confiance est l'une des principales raisons motivant la venue des patients dans les établissements de santé. Les données tirées de l'Etude des comportements de personnes en quête de soins au Swaziland (Wilson 1992) suggèrent que le manque de confiance dans les prestataires de soins peut être la raison pour laquelle les Swazis se rendent à un établissement de santé plus éloigné, consultent des guérisseurs ou administrent des soins à domicile quand l'enfant est atteint d'une IRIA. L'un quelconque de ces comportements risque de causer un ajournement critique du traitement au cours duquel une maladie grave risque de se développer.

Même si les guérisseurs traditionnels se sentent sûrs de leurs capacités de traitement des enfants présentant des signes et symptômes d'IRA graves, des traitements inefficaces risquent de retarder l'administration de soins appropriés et certains de leurs traitements risquent de compromettre directement la santé de l'enfant. Etant donné le rôle important des guérisseurs en matière d'administration de soins pour les maladies liées à des IRA, le personnel du programme des IRA doit persévérer dans ses efforts visant à former les guérisseurs à la reconnaissance des signes de danger d'IRA et à envoyer les patients peut-être atteints d'une IRIA (*emahlaba* ou *lucabangu*) dans un hôpital. Une formation et du matériel

pédagogique de santé doivent être fournis aux guérisseurs, en siSwati. Les guérisseurs traditionnels continueront de jouer un rôle important dans la prise en charge de cas d'infections respiratoires, et leur participation doit être sollicitée à mesure de la mise en application des programmes de lutte contre les IRA au Swaziland.

## Implications de l'étude

L'objectif clé de cette étude était de fournir au Ministère de la santé des informations pour le développement de programmes. Cette étude a été conçue pour permettre la pleine participation et la formation du personnel du Ministère de la santé à chaque étape de ses recherches—de la conception du protocole à l'analyse des données, en passant par la préparation de rapports et de manuscrits. Les membres du personnel ont déclaré que ce processus leur permettait d'obtenir un rapport direct sur les problèmes de santé et les solutions à apporter dans la communauté. A cette fin, le personnel du Ministère de la santé communique avec les populations en siSwati. L'expérience d'une participation active aux recherches a peut-être donné un sens accru aux résultats. Toutes ces améliorations sont importantes, étant donné que c'est le personnel du Ministère de la santé qui est responsable de l'emploi des données et de la mise en application des recommandations.

Les données de cette étude ont aidé le Ministère de la santé à tailler ses programmes sur les IRA à la mesure des prestataires de soins, des guérisseurs et de la communauté. On encourage désormais les prestataires de soins à utiliser les normes de l'OMS pour le diagnostic et le traitement des IRA. Un guide de formation en IRA, publié en 1991 au Swaziland, enseigne aux prestataires de soins comment employer des termes de maladies spécifiques au siSwati lors des discussions à propos des IRA avec les mères: *lishashati* (mal à la gorge), *umkhuhlane* (toux, rhume), *emahlaba* (pneumonie), et *lucabangu* (pneumonie grave). Conformément aux normes internationales, des soins palliatifs sont encouragés et l'emploi d'antibiotiques est découragé pour le traitement de la plupart des infections respiratoires supérieures.

Un module de formation aux IRA destiné aux guérisseurs a par ailleurs été développé. Ce module fait appel à la terminologie locale en matière d'IRA, et pour cette formation, enseigne en particulier aux guérisseurs comment reconnaître les respirations rapides et autres signes de danger d'IRA, encourage l'envoi des enfants atteints de *emahlaba* et de *lucabangu* auprès de spécialistes et encourage les guérisseurs au dialogue au cours duquel sont débattus les traitements utilisés pour les enfants atteints d'IRA.

Au niveau de la communauté, les messages radiodiffusés liés aux IRA ont été formulés, mis à l'essai et transmis au cours de la pleine saison des cas d'IRA. L'un de ces messages rappelle aux mères de surveiller la toux et la respiration de leurs enfants et les met en garde contre les dangers d'*emahlaba*. On encourage les mères à amener leurs enfants présentant une respiration rapide à un établissement de santé. L'un des messages, *emahlaba ayabulala* (la pneumonie tue), a été formulé et imprimé sur des T-shirts pour promouvoir la mobilisation sociale.



## Remerciements

Cette étude a été financée par le projet ACSI-CCCD (Projet n° 698-0421). Les auteurs remercient aussi l'aide fournie par les individus suivants et les institutions qu'ils représentent: Larry Brown et le personnel du Swaziland du projet ACSI-CCCD; l'Unité d'éducation pour la santé du Ministère de la santé; Sandy Gove, Patricia Huddleston, et Gretel Pelto de l'OMS à Genève; Melinda Moore, Stanley Foster, Jennifer Bryce, Judi Kanne, Stephen Redd, Andrew Vernon, et Virginia Sturwold des CDC d'Atlanta; et autres réviseurs.

## Références

- Agyepong, I.A. (1992) Malaria: ethnomedical perceptions and practice in an Adangbe farming community and implications for control [Paludisme: perceptions et pratiques ethnométricales au sein d'une communauté agricole d'Adangbe et implications pour la lutte]. *Social Science and Medicine* 35(2): 131 à 137.
- Bentley M., Peito G.H. & Straus W.L. *et al.* (1988) Rapid ethnographic assessment: applications in a diarrhea management program [Evaluation ethnographique rapide: applications à un programme de prise en charge de la diarrhée], *Social Science and Medicine* 27(1), 107 à 116.
- Booth A.R. (1983) *Swaziland—Tradition and Change in a South African Kingdom* [Swaziland—Tradition et modification d'un royaume d'Afrique australe], Westview Press, Boulder, Colorado.
- Brieger, W.R. et Kendall C. (1992) Learning from local knowledge to improve disease surveillance: perceptions of the guinea worm illness experience [Enseignements à tirer des connaissances locales pour améliorer la surveillance des maladies: perceptions de l'expérience de la maladie du ver de Guinée]. *Health Education Research* 7(4), 471 à 485.
- Brieger, W.R., Ramakrishna J., et Adeniyi J.D. (1983-1984) Yoruba disease classifications for planning in health care [Classifications des maladies de Yoruba pour la planification des soins de santé]. *International Quarterly of Community Health Education* 4(2), 117 à 122.
- Dean A.G., Dean J.A., Burton A.H. & Dicker R.C. (1990) [Epi Info, Version 5: A Word Processing, Database, and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers [Epi Info, Version 5: Un logiciel de traitement de texte, une base de données et un programme de statistiques pour l'épidémiologie sur microordinateurs]. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, U.S.A.
- Eng E., Naimoli J., Naimoli G. & Parker K.A. (1991) The acceptability of childhood immunization to Togolese mothers: a sociobehavioral perspective [La perception de la vaccination des enfants auprès des mères togolaises: une perspective sociocomportementale]. *Health Education Quarterly* 18(1), 97 à 110.
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (1988a) *The State of the World's Children* [L'Etat des Enfants dans le Monde], 1988. Oxford University Press, Oxford, England.
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (1988b) *UNICEF Annual Report, June 1988* [Rapport annuel de l'UNICEF, juin 1988]. Oxford, Oxford University Press.

- Galway K., Wolff B. & Sturgis R. (1987) *Child Survival: Risks and the Road to Health*. Institute for Resource Development at Westinghouse. The Demographic Data for Development Project [*Survie de l'Enfant: Risques et voie vers la santé*. L'Institut de Westinghouse pour le développement des ressources. The Demographic Data for Development Project, Columbia, Maryland.
- Glik D, Gordon A., Ward W., Kouame K. & Guessan M. (1988) Focus group methods for formative research in child survival: an Ivoirian example [Méthodes par groupes focaux pour des recherches formatrices sur la survie de l'enfant: un exemple ivoirien]. *International Quarterly of Community Health Education* 8(4), 297 à 316.
- Gouvernement du Swaziland. Ministère de la santé (1987) Swaziland National Control of Diarrheal Diseases Programme. Three-Year Implementation Plan 1988-1990 [Programme de lutte nationale contre les maladies diarrhéiques au Swaziland. Plan de mise en application de trois ans 1988 à 1990]. Mbabane, Swaziland.
- Green E.C. & Makhubu L. (1984) Traditional healers in Swaziland: Toward improved cooperation between the traditional and modern health sectors [Guérisseurs traditionnels au Swaziland: Vers une coopération renforcée entre les secteurs de santé traditionnels et modernes]. *Social Science and Medicine* 18(12), 1071 à 1079.
- Gule G.Z. (1990) *Childhood Mortality in Swaziland: Levels, Trends, and Determinants* [Mortalité infantile au Swaziland: niveaux, tendances et déterminants]. Dissertation. University of Pennsylvania. Population Studies Center, Philadelphia, Pennsylvania.
- Huppert E.L. (1983) Rural Health. In *The Swazi Rural Homestead*, (ed. Fion de Vletter) [Santé rurale. Dans *le foyer rural swazi*, (éd. Fion de Vletter)], pp. 305 à 315. University of Swaziland, Social Science Research Unit, Mbabane, Swaziland.
- Janzen J.M. & Arkininstall W. (1978) *The Quest for Therapy in Lower Zaire* [En quête d'une thérapeutique au Bas Zaïre]. University of California Press, Berkeley, California.
- Kleinman A.M. (1981) *Patients and Healers in the Context of Culture* [Patients et guérisseurs dans le contexte d'une culture]. University of California Press, Berkeley, California.
- Kleinman A.M., Eisenberg L. & Good B. (1978) Culture, illness, and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research [Culture, maladie et soins. Enseignements cliniques tirés de recherches anthropologiques et interculturelles]. *Annals of Internal Medicine* 88:251 à 258.
- Krueger R.A. (1988) *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* [Groupes focaux: Un guide pratique pour la recherche appliquée]. Sage Publications, Newbury Park, California.

- Kuper H. (1947) *An African Aristocracy. Rank Among the Swazi* [*Une aristocratie africaine. Hiérarchie chez les Swazis*]. Oxford University Press, Oxford, England.
- Ministère de la santé du Swaziland (1989) 1988 Swaziland Family Health Survey [Etude de la santé des familles du Swaziland conduite en 1988]. Mbabane, Swaziland.
- Ngubane H. (1983) The Swazi Homestead. In *The Swazi Rural Homestead*, (ed. Fion de Vletter) [*Le Foyer Swazi. Dans le foyer rural Swazi*, (éd. Fion de Vletter)], pp. 95 à 121 University of Swaziland, Social Science Research Unit, Mbabane, Swaziland.
- Organisation mondiale de la santé (1990) *Acute respiratory infections in children: Case management in small hospitals in developing countries. A manual for doctors and other senior health workers* [*Infections respiratoires aiguës chez l'enfant: Prise en charge de cas dans les petits hôpitaux des pays en voie de développement. Un manuel adressé aux médecins et autres agents de santé responsables*]. OMS, Genève, Suisse.
- Organisation mondiale de la santé (1991) *ARI Focused Ethnographic Study of Acute Respiratory Infections* [*Etude ethnographique ciblée des infections respiratoires aiguës*]. Rapport du cinquième programme, (mars). OMS, Genève, Suisse.
- Organisation mondiale de la santé (1992) *ARI: Programme for control of acute respiratory infections. Fifth Programme Report, 1990-1991* [*IRA: Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës. Cinquième rapport du programme, 1990 à 1991*]. OMS, Genève, Suisse.
- Oyejide C.O. & Osinusi K. (1990) Acute respiratory tract infection in children in Idikan Community, Ibadan, Nigeria: Severity, risk factors, and frequency of occurrence [*Infections aiguës de l'appareil respiratoire chez les enfants de la communauté d'Idikan, Ibadan, Nigéria: Gravité, facteurs de risque et fréquence de l'événement*]. *Reviews of Infectious Diseases* **12**, (Supplement 8), S1042 à S1046.
- Pio A. (1986) Acute respiratory infections in children in developing countries: an international point of view [*Infections respiratoires aiguës chez les enfants des pays en voie de développement: un point de vue international*]. *Pediatric Infectious Disease* **5**(2), 179 à 183. Projet de soins de santé primaires (1990) *Swaziland ARI Position Statement* [*Déclaration de position sur les IRA au Swaziland*], Mbabane, Swaziland.
- Redd S.C., Bloland P.B. & Kazembe P.N., Patrick E., Tembenu R., Campbell C.C. (1992) Usefulness of clinical case-definitions in guiding therapy for African children with malaria and pneumonia [*Utilité des définitions de cas cliniques pour guider la thérapeutique destinée aux enfants d'Afrique atteints de paludisme ou de pneumonie*]. *Lancet* **340**, (7 November), 1140 à 1143.

- Scrimshaw S. & Hurtado E. (1988a) *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care* [Procédures rapides d'évaluation en matière de nutrition et des soins de santé primaires]. UCLA Latin American Studies Center, Los Angeles, California.
- Scrimshaw S. & Hurtado E. (1988b) Anthropological involvement in the Central American Diarrhea Disease Control Project [Engagement anthropologique dans le projet de lutte contre les maladies diarrhéiques d'Amérique centrale]. *Social Science and Medicine* 27(1), 97 à 105.
- Simoes E.A.F. (1990) ARI Swaziland Pneumonia Study: July-August 1989. *Preliminary Report on the Use of the WHO ARI Protocol* [Etude d'IRA de la pneumonie au Swaziland: juillet-août 1989. *Rapport Préliminaire sur l'Emploi du Protocole IRA de l'OMS*]. Rapport non publié.
- Tupasi T.E., Miguel C.A., Tallo V.L., Bagasao T.M., Natividad J.N., Valencia L.B., De Jesus M.E., Lupisan S., Medalla F. (1989) Childcare practices of mothers: implications for interventions in acute respiratory infections [Pratiques des mères en matière de soins de l'enfant: implications pour des interventions lors d'infections respiratoires aiguës]. *1988 Annals of Tropical Paediatrics* 9, 82 à 88.
- Wilson R.P., Shale M.M., & Parker K.A. (1991) Rapid assessment procedures in the early planning for control of pediatric acute respiratory infections; Lesotho, 1989. In *Rapid Assessment Procedures: Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related Programmes* [Procédures rapides d'évaluation pour la planification précoce d'une lutte contre les infections respiratoires aiguës chez l'enfant; Lesotho, 1989. Dans *Procédures d'évaluation rapides: méthodologies qualitatives pour la planification et l'évaluation des programmes liés à la santé*] (éds. N.S. Scrimshaw et G.R. Gleason), pp. 185-204, International Nutrition Foundation for Developing Countries, Boston, MA.
- Wilson R.P. (1992) *Swaziland Health-Seeking Behaviors Study, October 1990* [Etude des comportements de personnes en quête de soins au Swaziland, Octobre 1990]. Rapport du gouvernement. Ministère de la santé, Mbabane, Swaziland.
- Yoder S.P. (1991) Cultural conceptions of illness and the measurement of changes in morbidity. In *The Health Transition: Methods and Measures* [Conceptions culturelles de la maladie et mesure de modifications de la morbidité Dans *La transition vers la santé: méthodes et mesures*] (éds. J. Cleland et A. Hill), Australian National University Printing Service, Canberra, Australia.



U.S. AGENCY FOR  
INTERNATIONAL  
DEVELOPMENT

avril 1994

Cher Collègue:

Pendant plus de dix ans, le Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD) Project a contribué à consolider l'aptitude des pays africains à améliorer la santé de leurs enfants. Grâce au soutien de nombreuses organisations bénévoles à travers le monde, et grâce à l'engagement des Ministères de la Santé dans les pays participants en Afrique subsaharienne, les pays ont réalisé des progrès considérables dans les trois domaines majeurs d'intervention contre les maladies qui constituaient ce projet: maladies qui peuvent être évitées à l'aide d'un vaccin, maladies diarrhéiques et paludisme. En raison des progrès dans ces domaines, les infections respiratoires aiguës (IRA) sont devenues une cause majeure de mortalité parmi les enfants âgés de moins de cinq ans dans de nombreux pays, étant responsables de 4,3 millions de morts infantiles en 1990, ce qui est estimé à un tiers de la mortalité des nouveaux-nés et des enfants dans les pays en voie de développement.

Par le biais de notre expérience avec les interventions contre les maladies diarrhéiques, nous avons appris que beaucoup des contraintes faisant obstacle à la santé et à la survie des enfants sont liées à des facteurs sociaux et culturels qui ne peuvent pas être abordés de façon adéquate par le système officiel d'administration des services de santé, si celui-ci agit seul. Des études ethnographiques qui produisent des données décrivant la manière dont une communauté définit, diagnostique et traite les IRA peut aider les responsables de développement des programmes à: 1) définir la population ciblée pour des interventions de santé publique; 2) identifier ce qui est déjà connu par les personnes ayant la charge des enfants et quel type d'interventions devrait recevoir la priorité; 3) faciliter une communication effective entre les membres du personnel de santé et les personnes ayant la charge des enfants au cours de la rencontre clinique; et 4) fournir des informations de départ pour l'évaluation des programmes.

Cette étude, *Diagnostique et prise en charge des infections respiratoires aiguës par les personnes administrant les soins, les guérisseurs et les agents de santé, à l'enfant Swazi: 1990-1991*, fut l'une des premières études anthropologiques du CCCD conçues pour donner aux directeurs de programmes des informations sur les IRA au sein des communautés. Menée dans le cadre d'un recueil de données de départ pour un développement de programme au Swaziland, elle décrit le diagnostic et le traitement des IRA chez les enfants âgés de moins de 5 ans par les mères et les personnes ayant la charge des enfants, les guérisseurs traditionnels et les agents de santé.

Les données provenant de cette étude ont aidé le Ministère de la santé publique à adapter les activités de son programme contre les IRA pour les agents de santé, les guérisseurs et la communauté. Une récente évaluation du projet a déterminé qu'il était viable à long terme, avec des interventions encore en place, deux ans après que le projet CCCD ait été terminé.

Nous espérons que le document sera utile à ceux qui développent et mettent en oeuvre les programmes de santé publique dans cette région et que, de cette manière, il contribuera à une santé meilleure pour les enfants de l'Afrique subsaharienne. Nous invitons les lecteurs à apporter leurs commentaires, et nous espérons instaurer un échange constructif d'idées dans le cadre de nos efforts pour réduire la mortalité infantile associée aux IRA.

Cordialement,

Hope Sukin