PN-ABX-230
ISN 97184

Rapport d'étude

Pourquoi les mères de Swaziland utilisent les guérisseurs traditionels pour les enfants avec la diarrhée

Ruth P. Wilson,[1] George Stroh,[1] Thandi Mnuzebele,[2]
Kathleen A. Parker,[1] Melinda Moore,[1] Qhing Qhing Dlamini[2]

1 Centers for Disease Control and Prevention, International Health Program Office, Atlanta, Georgia, 30333.

2 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

1994

Précis

Cet article présente les résultats d'une étude qualitative réalisée afin d'étudier les raisons pour lesquelles les mères, dont les enfants ont été examinés aux centres de thérapie de réhydratation par voie orale (TRO), voudraient par la suite consulter les guérisseurs traditionnels pour la même attaque de diarrhée.

Les personnes interrogées à des sites sélectionnés à travers le Swaziland, se composent de 33 mères (M) d'enfants âgés de moins de cinq ans, 16 groupes focaux masculins et 17 groupes focaux féminins. Un scénario hypothétique à été présentée aux personnes interrogées, d'une mère cherchant à faire traiter son enfant, mourant finalement de déshydratation à la suite d'une diarrhée. On a voulu savoir pourquoi la mère n'avait pas suivi, à la maison, les conseils reçus à la clinique sur l'emploi des sels pour la réhydratation par voie orale, (SRO), et pourquoi elle a recherché par la suite l'intervention d'un guérisseur traditionnel. Les groupes focaux ont discuté de leurs réponses à ces questions et ont fourni une réponse collective, un procédé facilité par un modérateur de groupe focal.

Quarante deux pour cent (42 %) des mères swazies prises individuellement et le consensus de 9 des 33 groupes focaux [7(41%) de femmes et2 (13%) d'hommes], ont suggéré que la mère hypothétique aurait consulté un guérisseur traditionnel, parce qu'elle se fiait aux médicaments traditionnels; n'ayant pas constaté une amélioration immédiate de la fréquence et de la consistance des selles après le traitement SRO àla clinique, (M = 24 %, groupes focaux = 2 des 33), parce qu'elle n'avait pas confiance en l'emploi des SRO (M = 18 %, groupes focaux = 3 des 33), parce qu'elle a trouvé insuffisant le conseil des prestataires de soins (M = 0 %, groupes focaux = 8 des 33), ou parce qu'elle ne faisait pas confiance au prestataire de soins (M = 3 %, groupes focaux = 5 des 33). Quatre femmes, (12%), et 6 groupes focaux masculins, (18%), avaient d'autres explications. Neuf des seize groupes focaux masculins et six des dix-sept groupes focaux féminins, ont tenu la mère hypothétique pour responsable du décès de son enfant. La réponse collective proposée, le plus fréquemment par les groupes focaux féminins, était que la raison pour laquelle la mère hypothétique n'a pas suivi les instructions, relevait de sa méfiance vis-à-vis de l'utilisation des SRO. Cette réponse s'est présentée moins fréquemment dans le cadre des groupes focaux masculin et des interviews avec les mères individuelles. Les personnes interrogées ont exprimé la néce sité d'être mieux renseignées et, ont déclaré qu'il fallait considérer les chefs et les agents de santé rurale (RHM) («Rural Health Motivator» [«RHM»]: personne influente dans le domaine de la santé au niveau rural) comme source d'informations.

Les réponses à toutes les interviews, suggèrent que la confiance constitue un élément important dans le comportement des mères swazies recherchant les services de santé. Les agents de santé doivent développer des stratégies pour identifier comment les mères définissent la confiance vis-à-vis d'un agent de santé ou d'un traitement thérapeutique tel que le traitement SRO. En outre, le Ministère de la santé publique (MSP) doit considérer l'expansion de sa stratégie de formation sanitaire, pour inclure dans le cadre des populations ciblées les individus en mesure d'encourager les mères a utiliser le traitement SRO, suite à une visite médicale en centre de soins.

Introduction

Dans tous les pays en voie de développement la diarrhée constitue une cause majeure de la mortalité infantile [1-4], décimant environ 3,3 millions de vies chaque année [2]. La plupart des décès liés à la diarrhée sont causés par la déshydratation, un problème qui peut être évité en remplaçant de façon adéquate et précoce, les pertes de liquide par la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO). La thérapie de réhydratation par voie orale peut être mise en oeuvre en donnant aux enfants des plus grandes quantités de liquides disponibles à la maison (liquides à base de céréales, jus non-édulcorés, sels de réhydratation par voie orale (SRO), et même simplement de l'eau potable) et une alimentation continue [5]. La déshydratation peut être évitée si les personnes responsables des enfants reconnaissent la présence de diarrhée et se servent sans délai de la TRO pour maintenir l'état d'hydratation. Puisque l'utilisation correcte de la TRO à la maison, par les personnes responsables des enfants constitue un élément important de la prévention des décès liés à la diarrhée, les personnes responsables ont besoin d'être bien conseillées sur le suivi, nécessaire, de la TRO à la maison [6]. De plus, les personnes responsables doivent respecter les instructions concernant les autres aspects de la gestion correcte de la diarrhée. Cependant, même si les instructions concernant la TRO ont été reçues et comprises, les personnes responsable ne s'y conforment pas toujours [7], et ont encore quelquefois recours aux médicaments traditionnels pour le traitement de la diarrhée de l'enfant [8].

La maladie diarrhéique de l'enfant constitue un problème au Swaziland. En 1989, la diarrhée a été rapportée comme étant la cause majeure de décès en hôpital, chez les enfants swazis âgés de moins de cinq ans [9], et l'utilisation de la TRO n'était pas très fréquente. Lorsqu'on les a interrogé, durant le sondage de santé familiale du Swaziland (SFHS) («Swaziland Family Health Survey» [«SFHS»]), quant à leur source préférée de traitement pour les épisodes de diarrhée de l'enfant, presque toutes les interlocutrices swazies âgées de 15 à 49 ans ont déclaré leur préférence pour un traitement dans un centre socio-médical (53 % ont préféré le traitement dans un hôpital et 47 % dans un centre de soins). Moins de 1 % d'entre elles ont témoigné d'une préférence pour un guérisseur professionnel pour ce traitement (0,2 %) [10].

Le sondage SFHS a obtenu des renseignements sur 723 cas de diarrhée touchant les enfants de moins de 5 ans durant les deux semaines précédant les interviews. Quand on leur a demandé d'indiquer le traitement utilisé pour la diarrhée, les mères ont cité l'emploi des traitements par solution salée sucrée (SSS) (65,8 %) et par sels de réhydratation par voie orale (SRO) (15,1 %) dans la plupart des cas et seulement 1,2 % ont déclaré qu'elles avaient consulté un guérisseur traditionnel [10].

En 1989, Lee a effectué un suivi de 69 patients réhydratés ayant été renvoyés, d'une unité pour le traitement des maladies diarrhéiques (DTU) swazie, [11] à leur domicile. Bien que les SRO ou la SSS ont été vraisemblablement administrés à 65 (94 %) des patients avant leur entrée en DTU, 19 (28 %) des enfants avaient également reçus des médicaments traditionnels avant leur visite à la DTU, et 9 (13 %) des mères ont amené leurs enfants chez un guérisseur traditionnel après s'être présentées au DTU. L'utilisation de médicaments traditionnels a été fortement associée à un état clinique pire au moment de la visite au DTU. 12 (21 %) des 57 patients appartenant au Programme A avaient reçu des médicaments traditionnels, par rapport à 7 (58 %) des 12 patients appartenant au programme B ($p = 0,014$, test exact de Fisher, test bilatéral). Ces résultats ont poussé le Ministère de la santé à inclure ces considérations comme faisant partie d'une étude qualitative nationale de comportements de recherche des services de santé [12]. Les données de la section portant sur les maladies diarrhéiques sont rapportées ici.

Généralités

Le Swaziland est un petit pays d'Afrique du sud-est (6700 miles carré) sans accès à la mer avec une population estimée à 706 000 [9] et un taux de mortalité infantile estimé à 110/1000 [13]. Les Swazis retracent leur ascendance par des liens patrilinéaires, renforcés par la patrilocalisation, leur disposition domiciliaire primaire. Dans ce système, une femme mariée réside avec, ou près de son mari et la famille de son mari. La plupart des Swazis vivent dans des foyers dispersés, dans la campagne ou dans les villes, le foyer constitue l'unité résidentielle principale [14]. Un bon réseau routier permet à la plupart des gens d'accéder à un centre socio-médical. Les services de santé au Swaziland sont subventionnés par le gouvernement, les missions, l'industrie et les médecins privés (des médecins dans les zones urbaines et des prestataires de soins diplômés d'état dans les zones rurales) [15]. En 1986, le Ministère de la santé a constaté qu'il y avait un effectif total de 1298 d'agents de santé, la plupart étant des diplômé(e)s d'État (703), qui travaillaient pour le secteur officiel des services de santé, supervisé par le Ministère. En revanche, on a estimé qu'il existait environ 6400 guérisseurs [9, 16, 17].

La réponse du Ministère de la santé publique à la mortalité liée aux maladies diarrhéiques, était de développer un programme national pour le contrôle de la diarrhée, dont le but était de réduire les décès dus à la diarrhée parmi les enfants [9]. Le programme de mise en oeuvre de trois ans comprenait l'approvisionnement en SRO des centres socio-médicaux, la formation des agents de santé, des guérisseurs traditionnels et des assistants de la santé rurale (RHM) en matière de la TRO, la préconisation de l'utilisation à domicile de la TRO grâce à des annonces à la radio, l'amélioration de la surveillance des maladies diarrhéiques et la réalisation des recherches opérationnelles.

Les études de Green [16] et de Green et Makhubu [17] concernant des guérisseurs swazis, résument la plus grande partie de ce qui est connu sur les concepts swazis quant à la diarrhée et la déshydratation. Les résultats de ces études ainsi que d'autres études de sciences sociales [19] suggèrent que les Swazis reconnaissent deux systèmes majeurs sur l'origine des maladies : un système traditionnel qui attribue la maladie à des causes tant naturelles que surnaturelles et un système scientifique et cosmopolite qui n'incorpore que des explications naturelles pour la maladie. Le traitement peut être recherché par des guérisseurs traditionnels, des médecins ou d'autres agents de santé, ou les deux. De facon générale, il est également reconnu que les guérisseurs traditionnels et le personnel du système de santé possèdent des compétences dans des domaines différents [9, 17].

Le travail de Green au Swaziland indique que la diarrhée de l'enfant appartient à une catégorie générale de maladies communes (umkhuhlane) qui, selon le système traditionnel, ont des causes naturelles. Les selles liquides (umsheko) sont traitées par une phytothérapie administrée par voie orale. Si la diarrhée de l'enfant répond à ce traitement, elle est diagnostiquée comme appartenant à umkhuhlane. La diarrhée attribuée à la «grippe» ou à la «bile» est traitée par lavement ou par vomissement provoqué, des pratiques qui contribuent plutôt à augmenter l'état de déshydratation d'un enfant souffrant de diarrhée.

Beaucoup de swazis croient que la maladie peut être provoquée par le mécontentement des ancêtres et l'annulation de leur protection spirituelle. La maladie kuhabula est une sorte de diarrhée que l'on croit provoquée par la sorcellerie [16]. Bien que les swazis reconnaissent la maladie kuhabula comme étant une maladie diarrhéique, dans le diagnostic de la maladie, les selles liquides ne sont pas considérées comme étant aussi importantes qu'une fontanelle creuse. La maladie kuhabula est traitée avec des médicaments phytothérapeutiques mixtes qui sont brûlés pour leurs fumigations thérapeutiques ou pour

la vaccination par la médecine traditionnelle. On croit que le fait de brûler des médicaments (ainsi que d'autres rituels) sert à purifier un air contaminé par la sorcellerie.

On croit que la maladie umphezulu ou inyoni, une autre forme de la diarrhée de l'enfant, est le résultat de comportements inappropriés de la mère durant sa grossesse. Green [16] rapporte que la maladie inyoni est traitée par des rituels dont on pense qu'ils peuvent annuler les effets d'un air contaminé, ainsi que par des vaccinations traditionnelles et des décoctions d'herbes.

La formation des guérisseurs traditionnels a été adoptée par le Ministère de la santé comme l'une des stratégies du programme de contrôle de maladies diarrhéiques. Hoff et Maseko [18] ont indiqué que leurs efforts, basés sur les modèles d'explication swazis des maladies diarrhéiques, et visant à former les guérisseurs avec du matériel d'instruction, ont connu un certain succès. La déshydratation a été expliquée comme une condition dans laquelle le corps n'est pas en équilibre en raison d'une perte excessive de liquides. Le rétablissement de l'harmonie et de l'équilibre, thème central du modèle explicatif swazi portant sur la maladie et la santé, pourrait être obtenu par l'emploi de la TRO. On a constaté, après la formation, une augmentation des admissions en centres de soins, d'enfants souffrant de diarrhée et de nausée, envoyés par les guérisseurs traditionnels. Le progrès initial en matière de formation des guérisseurs dans l'emploi d'une solution-salée sucrée (SSS) a été apparemment bloqué quand la politique nationale a été modifiée pour stipuler les SRO à la place de la SSS. Les guérisseurs étaient apparemment hésitants quant àl'utilisation des ingrédients «non naturels» (c'est-à-dire, les paquets de SRO) par peur de mettre leurs ancêtres en colère [18].

Les études de comportements ethnomédicaux[1] et autres se sont servi de techniques d'évaluation qualitatives et quantitatives pour développer des modèles explicatifs de la diarrhée incluant les termes de maladie, les théories d'origine, les usages de traitements à domicile et les comportements de recherche des services de santé [11, 20-26]. La collecte, de données minutieuses et approfondies pour ces études, a exigé une période de temps considérable sur le site du projet, ce qui a retardé la disponibilité des données dans le cadre des exigences de programmation. En tant que résolution partielle de ce problème, les discussions en groupes et autres techniques d'évaluation qualitatives rapides sont devenues la méthode de choix pour la collecte de données sociales et comportementales [27, 28]. Cette étude qualitative a utilisée les groupes focaux et les interviews individuelles, pour rapidement évaluer pourquoi les mères, dont les enfants avaient été examinés dans les centres socio-médicaux voudraient ultérieurement consulter des guérisseurs traditionnels pour le même épisode de maladie diarrhéique.

Méthodes

Le recensement de 1986 a divisé administrativement le Swaziland en 1080 zones d'énumération de recensement. Le sondage de santé familiale du Swaziland (SFHS) de 1988 s'est servi d'un échantillonnage en deux étapes, incluant des femmes âgées de 15 à 49 ans et des hommes âgés de 15 à 59 ans, venant de foyers situés dans 174 zones d'énumération. En se servant d'une liste de zones d'énumération du SFHS, nous avons systématiquement choisi chaque dixième zone d'énumération pour notre étude. Ce qui a donné un total de 17 zones.

1 Ethnomédical: Se réfère aux études concernant le savoir populaire et la perception de la population concernant la maladie et la médecine.

On a choisi de réaliser des entretiens en groupes focaux dans la mesure où cette méthode permettait la participation d'un grand nombre de personnes àinterroger, durant une période de temps brève, et était en mesure de présenter des données qualitatives fiables sur le comportement [29-34]. Les notes prises sur le terrain durant les interviews ont également servi à la description des problèmes rencontrés sur le terrain, ainsi que le mode de vie contemporain de la population tel qu'il a été observé durant la collecte de données.

Quatre interviews ont été prévues pour chacune des zones d'énumération sélectionnées : deux en groupes focaux (un groupe masculin, un autre groupe féminin) et deux interviews individuelles avec les mères d'enfants âgés de moins de cinq ans. Pour chaque zone, une carte, où figurent des foyers déjà numérotés, a été obtenue au Ministère de la planification économique et des statistiques. Après avoir choisi un foyer au hasard dans chaque zone, les foyers des alentours ont été visités jusqu'à ce que deux mères d'enfants âgés de moins de cinq ans soient interrogées. Les personnes interrogées durant les interviews en groupes focaux ont été spécialement choisies pour la participation des foyers avoisinants, des lieux de commerce général et d'autres sites proches des foyers choisis au hasard. Le mauvais temps a empêché l'achèvement d'un interview individuelet l'interrogation d'un groupe focal masculin. Les hommes et les femmes, exceptées les mères, ont été inclus dans l'étude parce que le personnel du Ministère de la santé pensaient que les époux de ces femmes, avaient une influence sur les décisions concernant la santé des jeunes enfants [35]. Des femmes, n'étant pas mères de jeunes enfants, avaient été inclues dans le groupe focal parce qu'elles constituaient les ressources auxquelles les mères des enfants âgés de moins de cinq ans pouvaient faire appel. Une étude des comportements de santé parmi les Basotho, un groupe ethnique voisin, a promu l'interview de ce type de personnes [36].

Des questions spécifiques concernant la diarrhée faisaient partie d'un plus grand entretien qui prenait en compte les caractéristiques socio-démographiques des personnes interrogées, leurs connaissances et leurs pratiques relatives à quatre maladies infantile ainsi qu'aux trois activités de prévention visant à protéger la santé maternelle et de l'enfant. Chaque entretien complet prenait 45 à 60 minutes, et chaque entretien en groupe focal était d'une durée similaire. Les entretiens (y compris la présentation du scénario du cas de diarrhée) ont été effectuées par une équipe, de six membres du personnel du Ministère de la santé, formée et surveillée par l'un des auteurs (RPW). Les personnes interrogées appartenant à la communauté en siSwati, les entretiens des agents de santé ont été réalisés soit en anglais soit en siSwati. Les entretiens individuels et en groupes focaux ont été réalisés en 1990 durant le mois d'octobre (14 zones) et en décembre (3 zones).

La partie de l'instrument d'étude portant sur les maladies diarrhéiques se compose d'un guide de discussions d'entretiens qui a été utilisé après la présentation du scénario du cas hypothétique d'une mère qui cherche à faire soigner son enfant. Finalement, son enfant meure de la déshydratation provoquée par la diarrhée (Figure 1). Le guide et le scénario ont été les mêmes pour les deux types d'entretiens: individuels ou en groupes focaux.

La formule de scénario a été utilisé parce que les agents de santé, qui ont servi d'interrogateurs, étaient de l'avis que les personnes à interroger seraient plus à l'aise en discutant du comportement d'une personne hypothétique que du leur, ou de quelqu'un qu'elles connaissaient. Les interrogateurs du Ministère de la santé ont constaté que les swazis sont facilement blessés s'ils se croient considérés comme étant ignorants des pratiques modernes [9], et la discussion du sujet serait facilitée si les personnes interrogées pouvaient donner leurs réponses à la troisième personne.

Figure 1. Le scénario du cas hypothétique.

Ceci est l'histoire d'une mère dont l'enfant souffre de diarrhée. Elle l' emmène dans un centre de soins. Le prestataire de soins traite l'enfant avec des SRO et la renvoie chez elle, en lui disant de continuer d'administrer les SRO à l'enfant, à la maison. Le prestataire de soins indique à la mère que les SRO n'arrêteront pas la diarrhée, mais remplaceront dans le corps de l'enfant les liquides perdus. Une fois revenue chez elle, et en constatant que la diarrhée ne s'arrête pas, elle emmène son enfant chez un guérisseur traditionnel qui lui donne certaines herbes (timbita). La mère arrête l'administration des SRO àl'enfant, dont la santé empire. On a conseillé à la mère de le ramener au centre de soins. À l'arrivée au centre de soins, l'enfant meure de déshydratation.

Après avoir lu le scénario aux personnes à interroger, l'interrogateur a posé cinq questions (Figure 2).

Figure 2. Les cinq questions de sondage

1. Selon vous, qu'est-ce qui a causé le décès de cet enfant ?
2. Selon vous, pourquoi la mère n'a-t-elle pas suivi les instructions qui lui ont été transmises au service de SRO ?
3. Qu'auriez-vous fait si cette jeune femme était votre fille ?
4. Que doit faire le service de santé publique pour aider les mères à comprendre les avantages de l'utilisation des SRO pour leurs enfants souffrant de diarrhée ?
5. Selon vous, pourquoi cette mère a-t-elle emmené son enfant chez un guérisseur traditionnel bien qu'on lui ait expliqué que les SRO n'arrêteraient pas la diarrhée ?

Toutes les entretiens ont été réalisées en siSwati et enregistrées sur bande magnétique. Les réponses étaient également manuscrites sur les formulaires d'entretien par les interrogateurs. On a demandé aux participants des groupes focaux de discuter de leurs réponses aux questions, dans le but d'arriver à une réponse collective. Bien que ce procédé ait été différent des techniques de groupes focaux habituelles, elles reflètent la manière dont certaines familles africaines discutent et prennent des décisions concernant le traitement [14, 37]. Un modérateur a servi d'intermédiaire durant ce procédé de consensus. Travaillant dans des équipes de deux ou trois personnes, les interviewers ont revu les réponses enregistrées sur bande magnétique ainsi que les réponses manuscrites, et ont élargi leurs notations initiales qui résumaient les réponses des personnes interrogées aux cinq questions.

Des codes ont été développés pour les phrases dans le texte qui étaient fréquemment répétées et qui résumaient les réponses individuelles ou en groupes focaux. Les textes de l'entretien ont été codés et traduits en anglais. Les réponses codées ont été entrées et analysées en se servant du logiciel EpiInfo [38]. Pour les entretiens en groupes focaux, la réponse collective du groupe à chaque question, a été intégrée et analysée comme une réponse de groupe unique. Les fréquences et les pourcentages rapportés dans les tableaux reflètent les réponses individuelles des mères interrogées individuellement et les réponses collectives des groupes focaux. Cette approche analytique d'informations textuelles constitue

une forme d'analyse de contenu [39]. Les types de réponses ont été comparés en fonction du type d'entretien [en groupe focal, entretien individuel), et en fonction du sexe des personnes interrogées. La disposition des réponses a été également organisée pour déterminer s'il y avait des liens entre les réponses sur la cause du décès de l'enfant et le comportement des personnes interrogées si la jeune femme du scénario était leur fille.

L'équipe d'étude comprenait deux chefs de programmes de services de santé primaires (dont l'un était le chef du programme de contrôle de maladies diarrhéiques) et huit autres membres du personnel du Ministère de la santé. Tous les membres de l'équipe ont assisté à une session de formation de deux jours pour se familiariser avec les questions et le protocole de l'étude, ainsi que pour apprendre (1) comment servir de modérateur dans un entretien en groupe focal, (2) comment ne pas être rigoriste durant un entretien, (3) comment éviter de poser des questions suggestives durant les sondages de suivi, (4) comment noter mot pour mot les réponses des personnes interrogées durant le déroulement de l'entretien, et (5) comment résumer et classifier les données qualitatives.

Résultats

Trente-trois entretiens en groupes focaux ont été réalisées, seize masculins et dix-sept féminins. Une entretien en groupe focal masculin n'a pas été achevée. Un total de 240 individus ont participé. Un groupe comportait en moyenne sept personnes (de 4 à 15 personnes), et l'âge moyen des groupes de personnes interrogées était de 34 ans pour les hommes (de 20 à 47 ans) et de 27 ans pour les femmes (de 22 à 41 ans). Bien que le fait d'avoir des enfants ne constituait pas un critère de sélection, la plupart des participants des groupes focaux étaient accompagnés de leurs enfants. Le nombre moyen d'enfants par participant des groupes focaux était noté pour les 24 groupes focaux : le nombre moyen d'enfants par participant était de six pour les douzes groupes masculins reportant, et de quatre pour les douzes groupes féminins reportant.

Deux entretiens individuels avec les mères dont les enfants âgés de moins de cinq ans ont été complétés à chacun des 16 sites, un seul entretien a pu être réalisé au 17ème site (n = 33). Dix des mères avaient été à l'école primaire (sans pour autant avoir terminé leur scolarité), dix-neuf d'entre elles avaient été à l'école secondaire et aucun renseignement n'étaient fournis par quatre autres. Vingt-trois des mères ont dit qu'elles pouvaient lire le siSwati.

La réponse collective de 9 des 17 groupes focaux féminins a attribué le décès de l'enfant à la diarrhée, bien que la réponse la plus fréquente parmi les personnes interrogées tenait la médecine traditionnelle pour responsable de la mort de l'enfant [Tableau 1]. Les autres causes de décès mentionnées par les personnes interrogées étaient le mélange des méthodes de traitements scientifiques et traditionnels, la négligence de la mère et son manque de confiance dans l'emploi des SRO. Les groupes focaux masculins ont attribué la responsabilité du décès de l'enfant à la négligence de la mère et à l'emploi des traitements de différentes traditions médicales, et ce plus fréquemment que les mères interrogées individuellement ou durant les entretiens en groupes focaux féminins.

Dans toutes les entretiens, le manque de confiance dans l'utilisation des SRO était l'explication la plus fréquente pour le non-respect par la mère des instructions du prestataire de soins [Tableau 2]. Les groupes focaux féminins étaient plus susceptibles, que les personnes interrogées individuellement ou les

groupes focaux masculins, d'attribuer ce non-respect des instructions par la mère à sa méfiance concernant les SRO. Cinq groupes focaux féminins et cinq personnes individuellement interrogées ont déclaré que la mère dans le scénario n'a pas suivi le conseil du prestataire de soins parce que les SRO n'avaient pas arrêté les selles liquides. La confiance dans la médecine traditionnelle a également été notée comme une contribution dans le comportement de la mère, les mères dans les entretiens individuels et les groupes focaux masculins étaient plus susceptibles que les groupes focaux féminins de soutenir cette explication. Une personne interrogée individuellement a dit que la mère dans le scénario avait pensé que son enfant avait la maladie *inyoni*[1].

Quand on a demandé ce qu'ils auraient fait si la mère du scénario avait été leur fille ou leur belle-fille, les personnes interrogées dans tous les types d'entretiens ont offert des explications semblables (Tableau 3). Les réponses les plus fréquentes étaient les suivantes : (1) ils tenaient la mère responsable ou la renvoyaient du foyer, (2) ils auraient pu éviter la mort de l'enfant en insistant sur l'emploi des SRO par la mère, (3) ils auraient conseillé à la mère de ne pas avoir recours à la médecine traditionnelle, et (4) ils exprimaient leur sympathie pour la mère soit en l'acceptant, soit en manifestant de la pitié pour elle, ou en faisant preuve de patience avec elle. Bien que quelques mères dans les entretiens individuels (12 %) aient déclaré qu'elles n'envisageraient pas l'emploi de la médecine traditionnelle pour la diarrhée de l'enfant, les groupes focaux masculins et les groupes focaux féminins ne l'ont pas fait. Les groupes focaux féminins (8 sur 17) ont dit qu'ils auraient soutenu l'emploi des SRO par la jeune mère, en sauvant ainsi son enfant de la mort. Cependant, un nombre moindre de groupes focaux masculins (2 sur 16) et de mères individuelles (27 %) aurait assuré l'emploi des SRO par la mère.

TABLEAU 1

Question 1 : Selon vous, qu'elle a été la cause du décès de cet enfant ?	Mères individuelles n = 33	Groupes focaux féminins n = 17	Groupes focaux masculins n = 16	Tous les groupes focaux n = 33
Médecine traditionnelle	14 (42%)	4 (24%)	1 (6%)	5 (15%)
Diarrhée	7 (21%)	9 (53%)	6 (38%)	15 (46%)
Mère négligente	5 (15%)	1 (6%)	5 (31%)	6 (18%)
Mélange de traitements	3 (9%)	2 (12%)	3 (19%)	5 (15%)
Méfiance vis-à-vis des SRO	2 (6%)			
Autre	2 (6%)	1 (6%)	1 (6%)	2 (6%)

Résultats des 33 entretiens individuels avec les mères et des discussions des 33 groupes focaux. Les données des groupes focaux reflètent la réponse collective de chaque groupe. Étude comportementale de recherche de santé au Swaziland, octobre 1990.

[1] Cette réponse est codée comme «autre».

TABLEAU 2

Question 2 : Selon vous, pourquoi la mère n'a-t-elle pas suivi les instructions qui lui ont été transmises dans le service SRO ?	Mères individuelles n = 33	Groupes focaux féminins n = 17	Groupes focaux masculins n = 16	Tous les groupes focaux n = 33
Méfiance vis-à-vis des SRO	14 (42%)	13 (77%)	7 (44%)	20 (61%)
Confiance dans la médecine traditionnelle	6 (18%)	1 (6%)	2 (13%)	3 (9%)
Manque d'amélioration de l'état de l'enfant	5 (15%)	2 (12%)	3 (19%)	5 (15%)
Méfiance à l'égard du prestataire de soins	4 (12%)			
Négligence				
Autre	1 (3%)	1 (6%)	1 (6%)	2 (6%)
	3 (9%)		3(19%)	3 (9%)

Résultats des 33 entretiens individuels avec les mères et des discussions des 33 groupes focaux. Les données des groupes focaux reflètent la réponse collective de chaque groupe. Étude comportementale de recherche de santé au Swaziland, octobre 1990.

TABLEAU 3

Question 3 : Qu'auriez-vous fait si cette jeune femme était votre fille ?	Mères individuelles n = 33	Groupes focaux féminins n = 17	Groupes focaux masculins n = 16	Tous les groupes focaux n = 33
Blâmer la mère, la renvoyer	11 (33%)	6 (35%)	9 (56%)	15 (46%)
Assurer l'utilisation de SRO par la mère	9 (27%)	8 (47%)	2 (13%)	10 (30%)
Délaisser la médecine traditionnelle	4 (12%)			
Ne rien faire	3 (9%)	2 (12%)	4 (25%)	6 (18%)
L'accepter	3 (9%)		1 (6%)	1 (3%)
Autre	3 (9%)	1 (0%)		1 (3%)

Résultats des 33 entretiens individuels avec les mères et des discussions des 33 groupes focaux. Les données des groupes focaux reflètent la réponse collective de chaque groupe. Étude comportementale de recherche de santé au Swaziland, octobre 1990.

Résultats

Quand on leur a demandé comment le Ministère de la santé pouvait aider les mères à comprendre les avantages de l'emploi des SRO, les mères, en entretien individuel et en groupe focal, ont dit qu'il fallait améliorer ou continuer l'éducation des mères quant aux SRO (Tableau 4). Les mères dans les entretiens individuels ont mentionné que les chefs et les agents de santé rural (RHM) doivent être impliqués dans l'instruction des mères. Les personnes interrogées en groupes focaux ont également suggéré la nécessité d'une coopération entre les guérisseurs modernes et traditionnels.

Le Tableau 5 résume les réponses individuelles et des groupes concernant la raison pour laquelle la mère dans le scénario a recherché l'intervention d'un guérisseur traditionnel après avoir reçu la TRO pour son enfant au centre socio-médical. Les réponses le plus fréquemment obtenues des mères durant les entretiens individuels étaient : la confiance dans la médecine traditionnelle (42 %), le manque de preuve visible que l'état de l'enfant s'améliorait (24 %), la méfiance vis-à-vis de l'emploi des SRO (18%), et la méfiance à l'égard des prestataires de soins (3%). Les autres personnes interrogées (12%), ont dit que la mère de ce scénario avait senti qu'il n'y avait pas d'espoir pour son enfant, ils ont cité le manque d'administration d'une injection, ou tout simplement «ils ne savaient pas». Quatre types de réponses ont été offerts fréquemment par les groupes focaux : une confiance dans la médecine traditionnelle (27 %), une insuffisance de conseils donnés par le prestataire de soins (24 %), et la méfiance vis-à-vis du prestataire de soins (15 %) ou des SRO (9%); et le manque d'amélioration après l'usage des SRO (6%). Les réponses d'"autres" groupes focaux (18%), ont cité comme raisons le manque d'éducation de la mère, le fait qu'une injection n'a pas été administrée, l'inquiétude de la mère quant à la diarrhée et la confusion de la mère.

Nous avons classifié les réponses à la question 3 comme «productives» ou «non productives» et les avons classées en comparativement avec les réponses à la question 1 sur la cause du décès de l'enfant hypothétique, par type de personne interrogée. Les réponses ont été classifiées comme «productives» si elles étaient similaires aux réponses auxquelles on pourrait s'attendre de la part des agents de santé, (par exemple, assurance de la mère quant à l'emploi des SRO, sa dissuasion quant au recours à la médecine traditionnelle, son acceptation - si la réponse à la question 1 indiquait qu'il y avait une compréhension de la cause du décès qui était compatible avec le système scientifique/cosmopolite). Les réponses «non productives» étaient celles qui critiquaient, celles qui voulaient punir la mère ou qui étaient négatives (par exemple, la blâmer, la renvoyer, ne rien faire, l'accepter - si la réponse à la question 1 était compatible avec le système traditionnel). Les groupes focaux masculins avaient plus tendance à se mettre d'accord sur les réponses non productives que les groupes focaux féminins (88 % contre 53 %). Cependant, les réponses à la question 4 ont indiqué que la plupart des groupes focaux et les mères interrogées individuellement soutenaient la disposition de l'éducation pour la santé et de l'administration des SRO par les agents de santé.

Donc, il semble qu'il n'y ait aucun lien entre la croyance, moderne ou traditionnelle, sur de la cause de la mort due à la diarrhée, et la réponse des personnes interrogées sur les comportements médicaux.

TABLEAU 4

Question 4 : Que doit faire le service de santé publique pour aider les mères à comprendre les avantages de l'utilisation des SRO pour leurs enfants souffrant de diarrhée ?	Mères individuelles n = 33	Groupes focaux féminins n = 17	Groupes focaux masculins n = 16	Tous les groupes focaux n = 33
Continuer à nous éduquer (ex: avec les chefs, les motivateurs de santé ruraux.)	23 (70%)	10 (59%)	11 (69%)	21 (64%)
Je ne sais pas	7 (21%)			
Nous donner les SRO pour l'utilisation à domicile	3 (9%)	2 (12%)	1 (6%)	3 (9%)
Coopérer avec le guérisseur		1 (6%)	2 (13%)	3 (9%)
Autre		4 (24%)	2 (13%)	6 (18%)

Résultats des 33 entretiens individuelles avec les mères et des discussions des 33 groupes focaux. Les données des groupes focaux reflètent la réponse collective de chaque groupe. Étude comportementale de recherche de santé au Swaziland, octobre 1990.

TABLEAU 5

Question 5 : Selon vous, pourquoi cette mère a-t-elle emmené son enfant chez un guérisseur traditionnel après lui avoir indiqué que les SRO n'arrêteraient pas la diarrhée ?	Mères individuelles n = 33	Groupes focaux féminins n = 17	Groupes focaux masculins n = 16	Tous les groupes focaux n = 33
Confiance dans la médecine traditionnelle	14 (42%)	7 (41%)	2 (13%)	9 (27%)
Manque d'amélioration de l'état de l'enfant	8 (24%)	1 (6%)	1 (6%)	2 (6%)
Méfiance vis-à-vis des SRO	6 (18%)	2 (12%)	1 (6%)	3 (9%)
Conseils insuffisants		5 (29%)	3 (19%)	8 (24%)
Méfiance à l'égard du prestataire de soins	1 (3%)	1 (6%)	4 (25%)	5 (15%)
Autre	4 (12%)	1 (6%)	5 (31%)	6 (18%)

Résultats des 33 entretiens individuels avec les mères et des discussions des 33 groupes focaux. Les données des groupes focaux reflètent la réponse collective de chaque groupe. Étude comportementale de recherche de santé au Swaziland, octobre 1990.

Discussion

Ces données ont fourni des indices au Ministère de la santé du Swaziland sur les raisons pour lesquelles les mères qui emmènent leurs enfants dans un centre de TRO pour le traitement de la diarrhée pourraient ultérieurement rechercher l'intervention d'un guérisseur traditionnel. Les réponses des groupes focaux étaient cohérentes avec celles obtenues durant les entretiens individuels et les complétaient. Aussi, la plupart des données promeuvent la nécessité d'améliorer l'éducation pour la santé des agents de santé et le besoin de considérer les pères et les autres membres influents de la communauté, comme étant une part importante du procédé d'amélioration de la gestion des cas de diarrhée chez les enfants.

Dans le modèle explicatif swazi, les selles liquides (umsheko) qui ne réagissent pas immédiatement au traitement sont attribuées à la sorcellerie, et exigent le traitement traditionnel des guérisseurs [16]. Dans la mesure où la TRO n'arrête pas la diarrhée de l'enfant, une mère qui ignore comment la TRO agit, pourrait se rendre chez un guérisseur si la diarrhée persiste.

Cependant, les croyances et les attitudes d'une mère individuelle ne sont pas les seuls facteurs qui influent sur son comportement [12, 14, 16]. Bien qu'une mère swazie détienne la responsabilité primaire de son enfant, cette responsabilité est également partagée avec les autres, surtout avec le père et la grand-mère de l'enfant. Dans les sociétés patrilocales et patrilinéaires, ces parents ainsi que d'autres membres de la famille vivant au foyer, pourraient influencer le choix de traitement fait par les jeunes femmes pour leurs enfants [14].

Quelques-unes des mères ont dit durant les entretiens individuels que la femme dans le scénario n'aurait pas dû utiliser la médecine traditionnelle pour le traitement de la diarrhée. Ce genre de déclarations n'ont pas été faites en revanche, par ceux qui ont participé aux groupes focaux masculins ou féminins [Tableau 3]. L'absence de telles déclarations au niveau des entretiens de groupe pourrait suggérer que la médecine traditionnelle est acceptée socialement, (surtout pour les maladies inyoni ou kuhabula), et que l'intervention des guérisseurs traditionnels ne donnerait pas lieu à la désapprobation sociale en cas d'effets indésirables. Un décès se produisant après une consultation avec un guérisseur traditionnel peut offrir une explication en conformité avec les croyances générales (telles que la sorcellerie), et peut être mieux accepté socialement, qu'un décès qui se produit à la suite d'un traitement médical clinique n'étant pas conforme aux croyances swazies relatives à la diarrhée. Dans cette situation où les croyances traditionnelles ne sont pas en accord avec les traitements modernes, l'aide apportée par des pairs, éducateurs, est souvent précieuse. Les femmes swazies qui se sont servies des SRO avec succès, pourraient être recrutées pour aider à développer des messages et à préconiser les avantages de la TRO. Ces messages devraient spécifiquement porter sur l'efficacité des SRO pour le traitement de la déshydratation [11, 24].

En 1985, Green a confirmé le fait que «les croyances et les pratiques dans le domaine de la médecine traditionnelle sont exceptionnellement tenaces au Swaziland» [17]. Cependant, les données recueillies lors de cette étude qualitative suggèrent que certaines des croyances et pratiques de santé moderne ont été acceptées par beaucoup de femmes swazies dans les modèles explicatifs de la maladie, le traitement et le décès relatifs à la diarrhée. Quelques femmes swazies interrogées ont attribué le décès de l'enfant dans le scénario, à l'emploi de la médecine traditionnelle. D'autres femmes dans les entretiens individuels et en groupes focaux, ont dit qu'elles soutiendraient une mère utilisant les SRO, et quelques

femmes et quelques hommes ont suggéré que le Ministère de la santé continue ses efforts en matière d'éducation pour la santé.

Il est sans doute peu réaliste d'espérer qu'une mère swazie d'un niveau social relativement peu élevé, dans le cadre d'une société patrilinéaire, puisse effectuer des choix clés quant au type de traitement médical lors d'une crise. Durant le SFHS, quand on a demandé de désigner «celui/celle qui décide si un membre de la famille, en cas de problème de santé, doit se rendre chez un agent de santé, 39 % des personnes de sexe féminin interrogées se sont désignées, 15 % ont désigné leur époux ou partenaire, 11 % se sont désignées avec leur époux, 12 % ont désigné la grand-mère, 2 % ont désigné un autre parent et 22 % ont désigné un «autre» [10]. On peut arriver à une meilleure compréhension du procédé de décisions portant sur le traitement à choisir en examinant les reponses normatives obtenues durant les discussions en groupe.

Dans le monde entier, les agents de santé partagent la responsabilité d'éduquer les mères qui emmènent leurs enfants dans un centre socio-médical. L'amélioration des compétences en communication, des agents de santé, pourrait contribuer à bâtir la confiance des patients, et ainsi accroître l'impact potentiel des messages d'éducation pour la santé. Le style personnel et interactif des agents de santé qui ont réussi, [41] est similaire à celui du guérisseur traditionnel dans la mesure où il répond tant aux inquiétudes psychologiques que biologiques des malades. Cette approche en matière de soin des patients pourrait contribuer à une plus grande acceptation des agents de santé par leurs communautés.

Les données de cette étude sont compatibles avec la notion que certaines mères continuent à rechercher l'intervention des guérisseurs traditionnels et de la médecine traditionnelle pour le traitement d'enfants souffrant de diarrhée parce qu'elles se méfient de l'avis donné par l'agent de santé, ne font pas confiance au traitement par SRO, ou croient que l'enfant souffre de la maladie inyoni (une sorte de diarrhée provoquée par la sorcellerie selon certaines croyances). A travers ces réponses, nous avons appris qu'une mère pourrait etre comondue par le traitement donné par un prestataire de soins à moins qu'il ne se produise un changement dans la fréquence et la consistance des selles. Les conseils donnés dans les établissements de santé doivent continuer à insister sur le fait que la solution SRO remet l'enfant malade en harmonie et en équilibre, même si les selles liquides persistent pendant quelques jours.

Il est possible que notre méthode de groupe focal où le groupe doit arriver à un consensus, ait limité la variété des réponses. Cependant, les modérateurs des groupes focaux ont rapporté que la gamme de réponses données avant d'arriver à un consensus, était similaire chez tous les groupes focaux. Au Swaziland, bien que l'intervention des guérisseurs et de la médecine traditionnelle soit considérée comme étant un sujet délicat [16], il a été discuté à fond dans le cadre des entretiens individuels et en groupe. Nous nous attendions à ce que des réponses plus conservatrices sur l'emploi des médicaments traditionnels ressortent en groupe plus que dans les entretiens individuels. Ceci a été suggéré dans le cadre de l'attribution de la cause du décès [Tableau 1], mais n'était pas évident en décision de groupe, quant aux actions à entreprendre dans le cas où la mère dans le scénario aurait été leur fille [Tableau 3].

L'implication des agents de santé dans la planification de l'étude a également assuré pour eux une expérience d'éducation importante. Ils ont déclaré que le fait d'entendre les voix et de noter les expressions des personnes interrogées durant la collecte de données, a eu un effet important sur leur compréhension des perceptions de la communauté concernant le traitement de la diarrhée. Le fait d'avoir utilisé autant les entretiens individuels que les entretiens en groupe, nous a permis d'étudier le choix des

agents de santé en fonction de la mère individuelle et des membres du foyer. Prise ensemble, les données collectives ont permis au Ministère de la santé Swazi d'être en mesure de comprendre et d'agir efficacement grâce aux informations primordiales reçues.

Conclusions

Ces données suggèrent que :

(1) La confiance faite aux agents de santé et à leurs méthodes de traitement semblent comporter des facteurs importants pouvant influencer le respect par la mère des consignes de traitement de la diarrhée de l'enfant. Les agents de santé peuvent gagner la confiance de la mère en l'aidant à comprendre les conséquences de la déshydratation et les avantages liés à l'utilisation de la solution des SRO.

(2) Une mère dont l'enfant meurt à cause d'un épisode de maladie lié à la diarrhée, risque d'en être rendue responsable par son mari et ses parents, en fonction de son choix de traitement pour la maladie de son enfant.

(4) Bien qu'il soit essentiel d'éduquer les mères individuelles sur la TRO pour améliorer la gestion des cas de maladies diarrhéiques des enfants, il faut également assurer l'éducation sur la TRO de ceux qui sont en mesure d'influencer le comportements des mères, tels que les guérisseurs traditionnels, leurs époux, les femmes plus âgées, les agents de santé ruraux et les chefs. Une fois convaincues de l'efficacité des TRO, ces personnes fourniront un support et un encouragement au mères administrant les TRO à leurs jeunes enfants chez elles, et recherchant les SRO au centre de soins en cas de déshydratation due à la diarrhée.

Références

1. FOSTER SO, SHEPPERD J, DAVIS JH, AGLE AN. Working with African nations to improve the health of their children: Combating childhood communicable diseases. (Travail avec les nations africaines pour l'amélioration de la santé de leurs enfants : Lutte contre les maladies infantiles transmissibles). Journal of the American Medical Association, 1990; 263 : 3303-3305.

2. BERN C, MARTINES J, de ZOYSA I, GLASS RI. The magnitude of the global problem of diarrhoeal disease: a ten-year update. (L'envergure du problème global des maladies diarrhéiques: une remise à jour de dix ans). Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, 1992; 70 : 705-714.

3. GALWAY K, WOLFF B, STURGIS R. Child Survival: Risks and Road to Health. (La survie de l'enfant : Les risques et le chemin vers la santé). Institute for Resource Development, Columbia, MD : Institute for Child Development/Westinghouse, 1987.

4. UNICEF. The State of the World's Children 1993. (l'état des enfants dans le monde). Oxford, Royaume Uni : Oxford Université Press, 1993.

5. OMS. Programme for Control of Diarrhoeal Disease. The Selection of Fluids and Foods for Home Therapy to Prevent Dehydration from Diarrhea; Guidelines for Developing a National PolicyProgramme de contrôle des maladies diarrhéiques. (La sélection des liquides et de l'alimentation pour le traitement àdomicile afin d'éviter la déshydratation résultant de la diarrhée : Consignes pour le développement d'une politique nationale). Genève : Organisation mondiale de la santé, (CDD, 93.44), 1993.

6. OMS. Programme for Control of Diarrhoeal Diseases. (Progamme de contrôle des maladies diarrhéiques). Rapport de programme intérimaire, 1992 («Interim Programme Report, 1992»). Genève : Organisation mondiale de la santé, 1993.

7. STAPLETON MC. Diarrhoeal diseases: Perceptions and practices in Nepal. («Maladies diarrhéiques : Perceptions et usages au Népal). Social Science and Medicine, 1989, 28)6) : 593-604.

8. LARSON A, MITRA SN. Usage of oral rehydration solutions (ORS): A critical assessment of utilization rates. (L'emploi des solutions de réhydratation par voie orale (SRO) : une évaluation critique des taux d'utilisation). Health Policy and Planning, 1992; 7 (3) : 251-259.

9. Swaziland Ministry of Health. Swaziland National Control of Diarrhoeal Diseases Programme. Ministère de la santé du Swaziland.(Programme national du Swaziland pour le contrôle des maladies diarrhéiques). Programme d'exécution de trois ans, 1988-1990 («Three-Year Implementation Plan, 1988-1990»). Mbabane, Swaziland, 1987.

10. Swaziland Ministry of Health. 1988 Swaziland Family Health Survey. Ministère de la santé du Swaziland. (Sondage de santé familiale du Swaziland, 1988). Mbabane, Swaziland, 1989.

11. LEE LA. Rapport de mission, Swaziland, novembre-décembre 1989. Rapport CDC. Centers for Disease Control and Prevention, 1989.

12. WILSON RP.Swaziland Health Seeking Behaviors Study. (Étude comportementale de recherche de santé, Swaziland, 1990). Rapport technique. Centers for Disease Control and Prevention, 1992.

13. UNICEF. Rapport annuel, juin 1988.

14. NGUBANE H. The Swazi Homestead. (Le foyer swazi). Rédacteur : Fion de VLETTER. The Rural Swazi Homestead (L'exploitation rurale swazie). Mbabane, Swaziland : University of Swaziland, Social Science Research Unit (unité de recherche des sciences sociales), 1983 : 95-121.

15. GULE GZ. Childhood Mortality in Swaziland: Levels, Trends and Determinants. (La mortalité infantile au Swaziland : niveaux, tendances et déterminants) (dissertation). University of Pennsylvania. Département des statistiques. Philadelphie. Pennsylvanie, 1990.

16. GREEN EC. Traditional healers, mothers and childhood diarrheal diseases in Swaziland: The interface of anthropology and health education. (Les guérisseurs traditionnels, les mères et les maladies diarrhéiques de l'enfance, au Swaziland : l'interface de l'anthropologie et de l'éducation pour la santé). Social Science and Medicine, 1985; 20 : 277-285.

17. GREEN EC, MAKHUBU L. Traditional healers in Swaziland: Toward improved cooperation between the traditional and modern health sectors. (Les guérisseurs traditionnels au Swaziland : vers une meilleure coopération entre les secteurs de santé modernes et traditionnels). Social Science and Medicine, 1984; 18 (12) : 1071-1079.

18. HOFF W, MASEKO DN. Nurses and traditional healers join hands. (Les prestataires de soins et les guérisseurs traditionnels se donnent la main). World Health Forum, 1986; 7 : 412-416.

19. BENTLEY ME. The household management of childhood diarrhea in rural North India. (La prise en charge au foyer de la diarrhée de l'enfant dans l'Inde rurale du nord). Social Science and Medicine, 1988; 27 (1) : 75-85.

20. COREIL J, MULL D. Anthropological studies of diarrheal diseases. (Études anthropologiques des maladies diarrhéiques). Social Science and Medicine, 1988; 27 : 1-3.

21. SCRIMSHAW SCM, HURTADO E. Anthropological involvement in the Central American Diarrhoeal Disease Control Project. (Le rôle anthropologique dans le projet de contrôle de maladies diarrhéiques en Amérique Centrale). Social Science and Medicine, 1988; 27 (1) : 97-105.

22. YODER PS, OKE A. Ethnomedical research for formative purposes: An example from Nigeria. (La recherche ethnomédicale à des fins formatrices : un exemple au Nigéria). Papier de travail n° 101 Center for International Health and Development Communication. Annenberg School of Communications. University of Pennsylvanie, 1989.

23. BENTLEY ME, PELTO GH, STRAUS WL, SCHUMANN DA, ADEGHOLA C, de la PENA E, ONI GA, BROWN KH, HUFFMAN SL. Rapid ethnographic assesment: Applications in a diarrhoea management program. (L'évaluation ethnographique rapide : Applications dans le cadre d'un programme de gestion de la diarrhée). Social Science and Medicine, 1988; 26 : 106-116.

24. BRIEGER WR. . Jedi jedi, a Yoruba cultural disease with implications for home management of diarrhoea. (Jedi jedi, une maladie culturelle yoruba, comportant des implications pour la gestion à domicile de la diarrhée). Health Education Research, 1990; 5 (3) : 337-342.

25. KENDALL C, FOOTE D, MARTORELL R. Ethnomedicine and oral rehydration therapy: a case study of ethnomedical investigation and program planning. (L'ethnomédecine et la thérapie de réhydratation par voie orale : une étude de cas d'investigation ethnomédicale et de planification de programme). Social Science and Medicine, 1984; 19 (3) : 253-260.

26. RYAN G. Preference and choice in infantile diarrheal management. (Préférences et choix dans le cadre de la gestion de la diarrhée de l'enfant : une étude de cas mexicain) (inédit).

27. KHAN ME, ANKER M, PATEL BC, BARGE S, SADHWANI H, KOHLE R. The use of focus groups in social and behavioural research: Some methodological issues. (L'emploi des groupes focaux dans le cadre de la recherche sociale et du comportement : quelques questions méthodologiques). World Health Statistical Quarterly, 1991; 4 : 145-148.

28. MANDERSON L, AABY P. An epidemic in the field? Rapid assessement procedures and health research. (Une épidémie sur le terrain ? Les procédures d'évaluation rapide et la recherche en matière de santé). Social Science and Medicine, 1992; 35 (7) : 839-850.

29. GLIK D, GORDON A, WARD W, KOUAME K, GUESSAN M. Focus group methods for formative research in child survival: an Ivoirian example. (Les méthodes du groupe focal pour la recherche formatrice en matière de survie de l'enfant : un exemple ivoirien). International Quarterly of Community Health Education, 1987-1988; 8 (4) : 297-316.

30. FERN EF. The use of focus groups for idea generation: The effects of group size, acquaintanceship, and moderator on response quantity and quality. (L'emploi des groupes focaux pour la génération d'idées : les effets sur la quantité et la qualité des réponses en fonction de la grandeur du groupe, des connaissances et du modérateur). Journal of Marketing Research, 1982; 19:1-13.

31. MERTON RK. The focussed interview and focus groups: Continuities and discontinuities. (L'entretien ciblé et les groupes focaux : continuités et discontinuites). Public Opinion Quarterly, 1987; 51 : 550-566.

32. MORGAN DL, SPANISH MT. Focus groups: A new tool for qualitative research. (Groupes focaux : un nouvel outil pour la recherche qualitative). Qualitative Sociology, 1984; 73 : 253-270.

33. DEBUS M. Handbook for excellence in Focus Group Research. (Manuel pour l'excellence de recherche en groupes focaux). Washington, D.C. : Academy for Educational Development, HealthCom, 1986.

34. KRUEGER RA. Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. (Groupes focaux : Un guide pratique pour la recherche appliquée). Newbury Park, CA : Sage Publications, 1988.

35. GRIFFITHS M, PIWOZ E, FAVIN M, ROSSO JD. Improving Young Child Feeding during Diarrhea. (Amélioration de l'alimentation du nouveau-né durant la diarrhée). Pritech, 1988.

36. WILSON RP, SHALE M, PARKER KA. Rapid assessment procedures in the early planning for control of paediatric acute respiratory infections. (Procédures d'évaluation rapide lors de la planification initiale pour le contrôle des infections respiratoires pédiatriques aiguës). Lesotho, 1989. Rédacteurs : SCRIMSHAW NS et GLEASON GR. Rapid Assessement Procedures: Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related Programmes. (Procédures d'évaluation rapide : Méthodologies qualitatives pour la planification et l'évaluation des programmes rélatifs à la santé). Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries, 1992; 185-204.

37. JANZEN JM, ARKINSTALL W. The Quest for Therapy in Lower Zaire. (La poursuite de la thérapie en bas Zaïre). Berkeley, Californie : University of California Press, 1978.

38. DEAN AG, DEAN JA, BURTON AH, DICKER RC. Epi Info, Vesion 5: A Word Processing, Database, and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers. (Epi Info, version 5 : Un logiciel d'épidémiologie pour micro-ordinateurs, pour le traitement de texte, la gestion de base de données, et les calculs statistiques«). Centers for Disease Control and Prevention, 1990.

39. BERNARD HR. Research Methods in Cultural Anthropology. (Méthodes de recherche en anthropologie culturelle). Newbury Park, California : Sage Publications, 1988.

40. DONOVAN JL, BLAKE DR. Patient non-compliance: Deviation or reasoned decision-making? (L'opposition des patients : déviation ou décision raisonnée ?). Social Science and Medicine, 1992; 34 (5) : 507-513.

41. STREET R. Communicative styles and adaptations in physician-parent consultations. (Styles de communication et adaptations des consultations entre médecins et parents). Social Science and Medicine, 1992; 34 (10) : 1155-1163.