PN-ABX-231
ISN 97185

Analyse des termes pathologiques en siSwati liés aux IRA

Ruth P. Wilson[1]
Gene A. Shelly[2]
Mavis Nxumalo[3]
Bongani Magonga[4]

[1] Medical Antropologist, Centers for Disease Control and Prevention, International Health Program Office, Technical Support Division, Atlanta, Georgia, 30333

[2] Assistant Professor, Department of Anthropology, Georgia State University, Atlanta Georgia

[3] Acute Respiratory Infections Program Coordinator, Primary Health Unit, Ministry of Health, Mbabane, Swaziland

[4] Health Educator, Health Education Unit, 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

RESUME

Ce rapport porte sur le recours à la technique du tri par piles pour classer 30 termes en siSwati liés aux infections respiratoires aiguës par catégories.

Nous avons questionné 29 mères d'enfants âgés de moins de 5 ans, sélectionnées de manière aléatoire dans 5 sites urbains et 12 sites ruraux de tout le Swaziland, ainsi que les 17 prestataires de soins et 13 guérisseurs traditionnels qu'elles contacteraient si leur enfant tombait malade.

Les résultats de notre étude tendent à suggérer qu'il y a beaucoup de termes qui correspondent à de nombreux signes et symptômes des infections respiratoires supérieures et inférieures aiguës. Les personnes interrogées ont classé ces termes en au moins deux groupes distincts: un groupe comprenait les termes liés aux symptômes du rhume de cerveau ou de la grippe que les mères traitent à domicile, alors que l'autre groupe se composait des termes faisant référence à des maladies plus graves pour lesquelles les responsables des enfants font en général appel à un professionnel de la santé. Toutefois, la "frontière cognitive" entre ces deux groupes n'est pas toujours nette. Nous nous attendions à ce que les différences entre les systèmes de classification biomédical et populaire soient plus prononcées en comparant les résultats de la sélection effectué par les membres de la communauté (mères et guérisseurs) et ceux des prestataires de soins, car les mères et les guérisseurs ont de plus grandes chances de connaître le système ethnomédical local que le système biomédical connu des prestataires de soins. Toutefois, ces différences n'étaient pas aussi marquées que nous l'imaginions.

Techniques de sélection, ethnomédecine, infections respiratoires aiguës, Swaziland

INTRODUCTION

En 1990, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a signalé que les infections respiratoires aiguës (IRA) étaient responsables de la mort de 4,3 millions d'enfants, soit le tiers estimé des décès d'enfants et de nouveau-nés dans les pays en voie de développement (OMS 1992). On considère deux catégories fondamentales d'IRA: les infections respiratoires supérieures aiguës (IRSA), parmi lesquelles figurent la pharyngite, le rhume de cerveau et les otites; et les infections respiratoires inférieures aiguës (IRIA) (OMS 1990b).

La pneumonie bactérienne, une IRIA, est la principale cause de la plupart des cas de décès par IRA (Fonds des nations unies pour l'enfance 1988; Galway, Wolff, et Sturgis 1987). Au cours de 1988, 15% des décès hospitaliers d'enfants de moins de 5 ans au Swaziland ont été imputés à des IRA. En vertu de son engagement àaméliorer la santé de l'enfant, le Ministère de la santé (MS) du Swaziland a identifié l'importance des IRA dans la réduction de la mortalité et de la morbidité (Projet de soins de santé primaires 1990).

S'appuyant sur les directives de l'OMS, la stratégie du programme des IRA du MS a mis l'accent sur la réduction de la mortalité liée à la pneumonie par le biais d'un dépistage précoce des IRIA par les mères et les prestataires de soins et d'une prise en charge des cas appropriée dans les établissements de santé (OMS 1990b). Le dépistage précoce des IRIA peut être freiné par la similarité de certains de ses symptômes et de ceux des IRSA, qui sont moins graves.

La communication garantie l'efficacité d'un programme portant sur les IRA. Il est important que les prestataires de soins communiquent efficacement aux mères et aux autres responsables d'enfants les signes et symptômes des IRA et les mesures devant être prises. Les recherches suggèrent que la communication de nouvelles informations débouche sur une action quand les éducateurs partent des croyances et des pratiques existantes (Brieger, Ramikrishna, et Adeniyi 1983-1984; Agyepong 1992; Brieger et Kendall 1992). Les études ethnographiques sur l'amélioration de la communication entre les prestataires de soins et les mères peuvent contribuer à une diminution de la mortalité par IRA. Cette étude mettait l'accent sur l'obtention d'informations spécifiques sur les termes pathologiques liés aux IRA et sur l'identification de la manière dont les principaux responsables des jeunes enfants traitaient les maladies respiratoires.

Pour élaborer le matériel éducatif de santé des programmes de lutte contre les IRA, il faut en priorité identifier les termes pathologiques locaux pouvant être utilisés par les prestataires de soins pour communiquer efficacement avec les mères et responsables des enfants. Découvrir les termes locaux sur la manière dont les gens voient leur univers est du domaine de l'anthropologie cognitive. On demande, entre autres méthodes, aux personnes interrogées de réaliser un exercice de listage des termes ou de tri par piles. Depuis les années 1960, les techniques de tri par piles servent à découvrir comment les gens se représentent et classifient les éléments de plusieurs domaines et situations thématiques, tels que: chaînes grammaticales (Shipstone 1960); termes anglais apparentés (Romney et D'Andrade 1964); différences entre divers types d'exercices de sélection (Mandler et Pearlstone 1966); concepts verbaux (Miller 1969); termes culinaires des Navahos (Perchonok et Werner 1969); termes professionnels (Burton 1972); termes liés aux rôles (Burton et Romney 1975); verbes espagnols rendant l'idée de possession (Truex 1977); descriptifs de personnalité (White 1978); phrases sur la réussite ou l'échec (Romney, Smith, Freeman, Kagan et Klein 1979); erreurs de pilotage (Roberts, Golder et Chick 1980); et concepts sur les maladies dans un village mexicain (Weller 1984). Lors d'un exercice de listage des termes, on demande à la personne interrogée de dresser une liste des éléments par domaine thématique particulier (domaine). Lors d'un exercice

typique de sélection, on donne aux participants des cartes où sont inscrits des termes de maladies et on leur demande de trier ces éléments d'informations "allant ensemble" par piles distinctes. Ces cartes sont numérotées au dos. On indique aux participants que les éléments peuvent être triés en autant de piles qu'il est nécessaire pour terminer l'exercice. Une fois que le participant a terminé l'exercice de tri, le chercheur note les numéros des cartes et à quelle pile elles correspondent. Les participants aiment généralement cet exercice de tri par piles, qui peut être mené avec des personnes lettrées ou illettrées.

Une méthode similaire à celle du tri par piles est le tri Q qui tire ses origines de la psychologie des années 1930 (Stephenson 1953). Toutefois, le tri Q limite les participants à un nombre particulier de piles alors que les participants de la présente étude pouvaient créer autant de piles qu'ils le désiraient. Les exercices de tri conviennent non seulement à la détermination des connaissances individuelles mais sont considérés comme la "méthode de prédilection" d'étude des attitudes, sentiments, croyances, valeurs et autres dimensions de phénomènes subjectifs (Dennis 1986).

METHODES

Le recensement de 1986 divise le Swaziland en 1080 zones de recensement. Dans la présente étude, la liste des 174 zones de recensement rurales et urbaines comprises dans l'Enquête sur la Santé Familiale au Swaziland menée en 1988 (Ministère de la santé du Swaziland 1989) a servi de cadre d'échantillonnage. Partant d'un point de départ aléatoire, on a choisi les zones participant à cette étude en allant de 10 en 10, obtenant finalement 17 zones.[1] Pour chaque zone, on a obtenu auprès du Ministère de la planification économique et des statistiques une carte où figuraient les zones d'habitation prénumérotées. Après avoir sélectionné de manière aléatoire le premier foyer de chaque zone, on a visité les foyers les plus proches jusqu'à ce qu'on puisse questionner deux mères d'enfants de moins de 5 ans. Dans une zone, les intempéries ont empêché de mener à bien le deuxième entretien. On a demandé à chaque mère questionnée d'identifier l'établissement de santé et le guérisseur traditionnel qu'elles contacteraient si leur enfant tombait malade. Un prestataire de soins a été questionné dans chacun des 17 établissements de santé identifiés par les mères.[2] Tous les guérisseurs identifiés par 25 des mères ont accepté d'être interrogées (8 d'entre elles n'ont pas nommé de guérisseur).

1 Ce rapport s'appuie sur une partie des données provenant de l'étude des comportements des personnes en quête de soins au Swaziland, Octobre 1990. En suivant la conception originelle de notre étude, un échantillon de 10% des zones de recensement utilisées pour l'étude des comportements aurait donné environ 370 à 400 entretiens individuels. Après notre échantillonnage des zones de recensement, des problèmes logistiques nous ont empêchés de recourir à la conception initiale de l'étude.

2 La sélection des participants potentiels dans les cliniques rurales s'est faite sans problème étant donné qu'il n'y avait qu'une seule infirmière de garde au moment des entretiens. Toutefois, quand les hôpitaux urbains constituaient la source usuelle de soins médicaux, nous avons obtenu la permission auprès de l'infirmière responsable de nous entretenir avec l'une des infirmières de garde responsable de l'observation des jeunes enfants se rendant à la clinique pour des soins externes.

Pour l'exercice de tri par piles, une liste de 30 termes pathologiques liés aux IRA a été obtenue auprès d'un groupe de guérisseurs swazis au cours d'une discussion au sein d'un groupe-cible à l'occasion d'une séance de formation sur les soins de santé primaires. Les chercheurs demandent généralement aux personnes interrogées de trier une liste de termes obtenue auprès des personnes interrogées préalablement sous forme de liste libre. La liste des termes des guérisseurs (Tableau 1) a été utilisée pour l'exercice du tri par piles de la présente étude parce que les ethnographes considèrent que les guérisseurs ont une connaissance approfondie de la terminologie médicale populaire des pays en voie de développement (Garro 1986). Les termes pathologiques siSwatis obtenus à partir du groupe de guérisseurs étaient inscrits sur des cartes séparées portant les numéros de cartes au verso. A l'aide de ces cartes, on a demandé aux participants d'effectuer un tri par piles ordinaire (tel que décrit ci-dessus) et d'indiquer pourquoi ils avaient trié les cartes de la sorte. Les cartes étaient lues aux participants qui ne savaient pas lire. Les termes pathologiques en siSwati triés par nos participants étaient traduits en anglais (traduction vérifiée ensuite par une retraduction en siSwati). En raison de la traduction, certains termes liés à des maladies respiratoires peuvent sembler inadaptés. "Sternum inférieur I" est par exemple une traduction approximative du terme siSwati qui fait référence à une maladie respiratoire dans la partie inférieure du sternum. "Sternum inférieur II" correspond à un autre terme siSwati qui fait aussi référence à la partie inférieure du sternum mais cette maladie est plus grave que "sternum inférieur I".

Tableau 1. Liste des termes siSwati liés aux IRA compris dans l'exercice de tri par piles. Etude des comportements des personnes en quête de soins au Swaziland, Octobre 1990.

#	Terme siSwati	Traduction anglaise approximative
1	*uyashisa*	fièvre
2	*emehlo labomvu*	yeux rouges
3	*uyakhwehlela*	toux
4	*uyachucha*	frissons
5	*emehlo ayakhala*	yeux larmoyants
6	*uyavimbana*	nez bouché
7	*ubudaya yinhloko*	mal de tête
8	*uba nemafinyila lamanengi*	nez qui coule
9	*uphelelwa ngemandla*	faiblesse
10	*uphefumulela etulu*	respiration rapide
11	*umkhuhlane*	grippe/rhume
12	*inyongo*	excès biliaire
13	*umoya we mkhuhlane*	quelque chose dans l'air
14	*yimbo*	légère grippe
15	*lucabangu*	sternum inférieur I
16	*silambe*	sternum inférieur II (pire)
17	*sidliso*	indigestion
18	*kucinana*	respiration difficile
19	*tilondza emaphashini*	plaies pulmonaires
20	*emahlaba*	douleurs thoraciques
21	*kufocoka kwesilembe*	rétraction thoracique I
22	*kuba nesigodzana*	rétraction thoracique II (pire)
23	*kugogana kwemahlombe*	toux douloureuse
24	*yimbo lenkulu*	forte grippe
25	*sigodzi sesilembe siba sikhulu*	rétraction thoracique profonde
26	*kubola kwemaphaphu*	poumons pourris
27	*uphelelwa ngemanti*	déshydratation
28	*imhlittiyo*	faible pouls
29	*kuvela*	veines dilatées
30	*kuvela kwetimbambo*	côtes apparentes

ANALYSE DES DONNEES

Les données du tri par piles correspondant à chaque individu ont été enregistrées et entrées dans un fichier de données. Chaque enregistrement des données comprenait un système d'identification du participant et un enregistrement de la manière dont chacun avait réalisé l'exercice du tri par piles, en utilisant les numéros figurant au dos des cartes. Les cartes triées avaient été numérotées au verso. Une fois que le participant avait terminé l'exercice de tri, le chercheur enregistrait les numéros de cartes et sur quelles piles le participant les mettait. Tous les enregistrements concernant les prestataires de soins, les guérisseurs traditionnels et 29 mères sur 33 étaient complets et donc disponibles pour une analyse du tri par piles. Le tri par piles, l'analyse par grappes et les fonctions de mise à l'échelle multidimensionnelle (MDS) du logiciel ANTHROPAC (Borgatti 1991) ont servi à l'analyse. L'analyse par grappes et le MDS ont été utilisés pour fournir une visualisation des données du tri par piles.

Le programme d'analyse du tri par piles transforme les données de chaque participant en une matrice un-zéro élément par élément, appelée matrice de similarité, qui indique si chaque paire d'éléments est placée dans la même pile. Après avoir produit une matrice de similarité pour chaque participant, une matrice de proximité globale, composée des données tirées de toutes les matrices individuelles est produite.

Les résultats de l'exercice du tri par piles obtenus à partir des entretiens avec les prestataires de soins, les guérisseurs et les mères ont été analysés séparément, puis comparés. Les notes des chercheurs, prises sur le terrain et les réponses aux questions structurées du guide d'entretien, ont servi à expliquer les différences entre catégories de maladies mises en évidence par l'analyse par grappes et le tracé sur carte MDS.

Le programme d'analyse par grappes, d'ANTHROPAC est un processus itératif. Le programme prend les paires de termes pathologiques les plus étroitement liés (ceux mis le plus souvent sur la même pile par les participants), les regroupe, puis recommence jusqu'à ce qu'il trouve la plus étroite corrélation immédiate. Ce processus se poursuit jusqu'à ce que toutes les données soient regroupées. Le programme d'analyse par grappes fait appel à la matrice de proximité globale, pour résumer et présenter l'opinion des participants sur les termes liés aux IRA. Le programme produit un diagramme par grappes pouvant être utilisé pour interpréter les cartes MDS. Sur chaque diagramme arborescent à grappes, les termes les plus souvent regroupés par les participants sont placés les uns à côté des autres et reliés les uns aux autres par des lignes. Les plus petits grappes (les unités centrales) consistent en deux termes. Les termes étroitement liés sont ajoutés à ces unités centrales, formant des grappes qui s'organisent en fonction de la fréquence avec laquelle les participants ont mis ces termes sur la même pile que les unités centrales. Ce processus de connexion de grappes de termes se poursuit jusqu'à ce que l'arbre à grappes illustre la tendance générale des participants pour trier les termes pathologiques. Ainsi, l'analyse par grappes représente "des interrelations sous forme d'une structure arborescente sur laquelle les éléments étroitement liés se regroupent sur une même branche et les éléments sans rapport sur des branches plus éloignées" (Romney, et al. 1979:307).

La mise en échelle multidimensionnelle "est un outil d'analyse quantitative répertoriant des jugements similaires" (Romney, et al. 1979:307). Le programme MDS fait appel à la matrice de proximité globale et produit une carte bi-dimensionnelle des données illustrant la manière dont elles ont été triées par les participants. Dans ce programme MDS, tous les liens entre tous les éléments sont considérés simultanément et les éléments sont organisés sur la carte en fonction de la proximité des uns par rapport aux autres. Le modèle de distance spatiale du MDS "met sur carte des objets

sous forme de points, dans un espace multidimensionnel, de sorte que plus les objets sont jugés similaires, plus ils sont géographiquement proches sur la carte spatiale" (Weinberg 1991:12). Ainsi, les éléments qui sont le plus rapprochés sur une carte MDS sont des éléments jugés similaires par les participants, alors que ceux qui sont différents sont plus éloignés les uns des autres.

Etant donné que l'analyse par grappes et l'utilisation du MDS font toutes deux appel à la même matrice de proximité globale comme donnée d'entrée, les diagrammes arborescents à grappes et les cartes MDS affichent respectivement des résultats similaires. L'utilisation conjointe de l'analyse par grappes et du MDS pour l'interprétation des données, est une pratique courante parmi les chercheurs, adaptée à une variété de situations (Driver et Sanday 1971; Arabie et Boorman 1973; Burton et Romney 1975; White 1978). Les résultats de l'analyse par grappes peuvent indiquer les liens réels entre des éléments proches les uns des autres sur une carte MDS.

Pour expliquer la signification de certains termes utilisés dans ce rapport, nous présentons ici certaines définitions:

Unité centrale: un couple de termes que les participants placent fréquemment sur la même pile en raison de leur similarité et de leur relation étroite. Ces termes sont regroupés ensemble à l'extrême droite du diagramme arborescent à grappes.

Grappe: termes ayant une unité centrale et au moins un autre terme leur étant lié en fonction de leur similarité réciproque.

Groupe: plusieurs grappes liées pour former une unité homogène (telle que Groupe I, Groupe II). Sur un diagramme arborescent à grappes, un groupe n'est par relié par des lignes à l'un quelconque des autres grappes.

Dans la présente étude, nous avons sélectionné, parmi les trois méthodes de sollicitation d'informations sur les croyances et les pratiques liées aux IRA, le tri par piles. Les autres méthodes consistaient en deux scénarios hypothétiques servant àobtenir des termes pathologiques et des pratiques en matière de traitement, et l'utilisation de termes pathologiques pour obtenir les signes, symptômes et pratiques en matière de traitement. Les résultats du tri par piles sont rapportés ici. Les résultats des autres méthodes sont rapportés dans d'autres documents (Wilson, Nxumalo, Magonga, Shelley, Parker, et Dlamini 1993).

RESULTATS

Les entretiens ont été achevés dans les 17 zones avec 33 mères (29 étaient disponibles pour l'exercice du tri par pile), 17 prestataires de soins (toutes des femmes à l'exception d'un infirmier) et 13 guérisseurs (hommes et femmes). Les informations sociodémographiques sur tous les participants et les autres questions qui leur ont été posées figurent dans Wilson et al. (1993).

Les données, telles que cartographiées par l'analyse par grappes d'ANTHROPAC et les programmes MDS, illustrent comment les mères, guérisseurs et prestataires de soins regroupent les termes pathologiques (Figures 1-6). Les Figures 1, 3 et 5 représentent ce que produit l'analyse par grappes (diagrammes arborescent par grappes) et les Figures 2, 4 et 6 représentent les cartes MDS correspondantes.

Mères

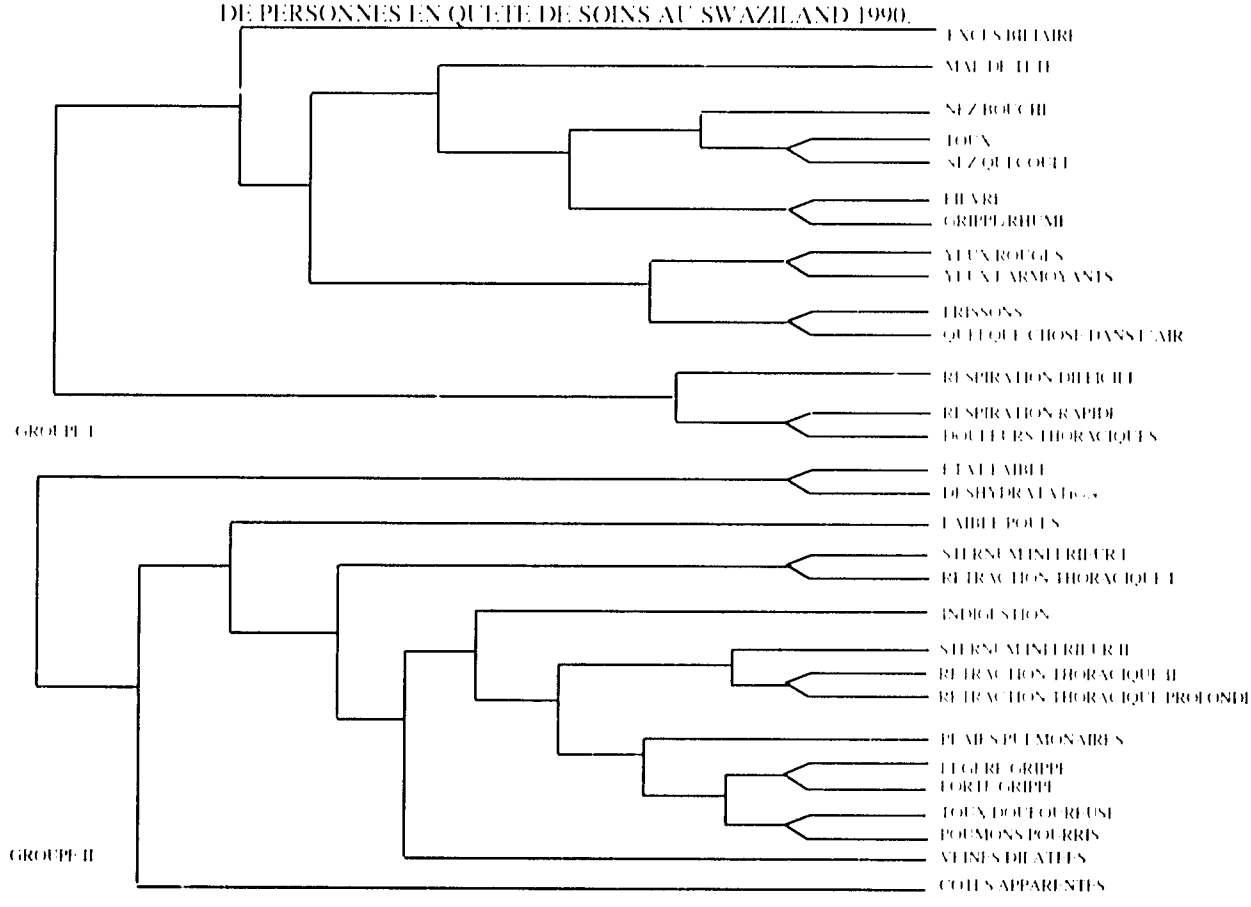
Les diagrammes arborescents par grappes résultant de l'exercice de tri par piles réalisé par les mères apparaissent à la Figure 1. Les unités centrales figurant àdroite de la figure (toux et nez qui coule; fièvre et grippe/rhume, par exemple) sont des termes regroupés par la plupart des participantes; en conséquence, nous avons reliés ces termes au premier niveau de la grappe. Le fait qu'on ait, par exemple, relié "nez bouché" à l'unité centrale "rhume/nez qui coule" au niveau suivant de la grappe signifie que "nez bouché", "toux" et "nez qui coule" sont souvent regroupés, mais pas aussi souvent que le groupe "toux-nez qui coule". Les termes qui viennent ensuite se rattacher à cette grappe sont la grappe centrale "fièvre" et "grippe/rhume", et enfin "mal de tête". En fonction des données du tri par piles, chaque terme, ou unité centrale de termes, est ajouté à la grappe et la grappe finit par s'étendre pour regrouper tous les termes triés. Il est toutefois évident, au vu de ce diagramme arborescent, qu'il y a deux groupes différents représentés (Groupe I et Groupe II) car il n'y a pas de ligne reliant ces deux groupes (ce qui veut dire que les éléments de ces deux grappes n'ont guère été triés ensemble). Cette tendance à trier les termes en deux grands groupes se retrouve pour tous les ensembles de données.

Le Groupe I consiste en des termes pathologiques en siSwati comprenant des signes et symptômes associés à des infections de l'appareil respiratoire supérieur ("toux", "nez qui coule", "bouché" ou "congestionné", "fièvre", "grippe/rhume", et "mal de tête"). Ces symptômes ont le plus fréquemment été rassemblés par les mères. D'autres signes ("yeux rouges", "yeux larmoyants", "frissons", et "quelque chose dans l'air") sont ensuite ajoutés à la grappe principale. L'"excès biliaire" est l'un des derniers termes ajoutés à la grappe principale.

L'un des derniers grappes à avoir été ajouté comprenait "respiration rapide", "douleurs thoraciques", et "respiration difficile". Ces termes forment presque un groupe à part entière car ils ne sont que très peu liés aux autres signes et symptômes du Groupe I. S'ils étaient plus étroitement liés, ils auraient été liés plus tôt à la grappe. Ces trois termes pathologiques n'ont aucun lien avec le Groupe II.

Dans le Groupe II, "légère grippe" et "forte grippe" sont le plus souvent mis sur la même pile par les mères, de même que "toux douloureuse" et "poumons pourris". Ces quatre termes et "plaies pulmonaires" sont reliés entre eux et forment une petite grappe. D'autres termes ("rétraction thoracique profonde", "rétraction thoracique II" et "sternum inférieur II") se joignent à la grappe au niveau suivant, suivis d'"indigestion" et de "veines dilatées" au niveau suivant. A ce niveau, la

FIGURE 1. DIAGRAMME ARBORESCENT DES TERMES LIES AUX IRA REALISE A PARTIR DES RESULTATS D'UNE ANALYSE PAR GRAPPES DE 19 EXERCISES DE TRI PAR PILES EFFECTUE PAR DES RESPONSABLES D'ENFANTS. ETUDE DES COMPORTEMENTS DE PERSONNES EN QUETE DE SOINS AU SWAZILAND 1990.



grappe "sternum inférieur I" et "retraction thoracique I" est ajoutée, puis "faible pouls". "Côtes apparentes" se joint ensuite au Groupe II et enfin "état faible" et "déshydratation".

Les termes pathologiques liés aux IRA du Groupe I sont perçus par les mères comme pouvant être traités à domicile alors que ceux du Groupe II sont jugés plus graves, nécessitant le traitement d'un guérisseur ou d'un établissement de santé. Mais, étant donné que "respiration rapide", "douleurs thoraciques" et "respiration difficile" ne sont guère liés aux autres termes du Groupe I, les participants les perçoivent peut-être comme faisant partie de l'un quelconque des deux grappes. La carte MDS de ces données (Figure 2) indique les deux grappes principaux entourés d'une ligne pleine. La ligne en pointillés à l'intérieur du Groupe I montre les groupe quasi-indépendant de termes liés aux IRA.

Guérisseurs

Les guérisseurs ont regroupé les termes liés aux IRA quelque peu différemment des mères. Dans les Figures 3 (diagramme par grappes des guérisseurs) et 4 (carte MDS des guérisseurs) par exemple, "légère grippe" et "forte grippe" étaient là encore rassemblés en une unité centrale. Les guérisseurs ont toutefois placé ces deux termes dans le Groupe I, alors que les mères les ont placés dans le Groupe II. En fait, le groupe principal et central pour les guérisseurs, se composait de "nez bouché" et "grippe/rhume", "toux", "quelque chose dans l'air", "légère grippe" et "forte grippe". D'autres termes ont successivement été ajoutés àcette grappe, avec "respiration rapide", "respiration difficile" et "mal de tête" complétant le Groupe I. Les guérisseurs ont placé "douleurs thoraciques" dans le Groupe II, et non pas, contrairement aux mères, dans le Groupe I.

Le Groupe II des guérisseurs comporte deux grappes principales. La première grappe commence par l'unité centrale "rétraction thoracique II" et "rétraction thoracique profonde" venant se greffer à l'unité centrale "sternum inférieur II" et enfin l'unité centrale "sternum inférieur I" et "rétraction thoracique I". La deuxième grappe commence par "côtes apparentes" et "poumons pourris" comme unité centrale. "Toux douloureuse" est ensuite ajoutée, puis "plaies pulmonaires" et enfin "veines dilatées" et "déshydratation". Ces deux grappes sont regroupées pour former une grosse grappe. "Douleurs thoraciques" est ensuite ajouté à cette grosse grappe puis l'unité centrale "état faible" et "faible pouls". Le dernier terme lié aux IRA, venant se greffer au Groupe II, est "indigestion".

Prestataires de soins

Le diagramme arborescent à grappes (Figure 5) et la carte MDS (Figure 6), représentant la manière dont les prestataires de soins ont regroupé les termes pathologiques en siSwati liés aux IRA suggère qu'il y a plusieurs petites grappes étroitement liées au sein des deux grands grappes. Ces grappes se composent d'unités centrales liées de manière lâche les unes aux autres.

Les tendances de regroupement des prestataires de soins et des guérisseurs du Groupe I étaient similaires dans la mesure où étaient regroupés les termes suivants: l'unité centrale "nez bouché" et "nez qui coule" plus "grippe/rhume", "toux", et "quelque chose dans l'air". D'autres termes ("yeux rouges", "yeux larmoyants", "fièvre", "frissons" et "mal de tête") apparaissaient aussi dans le Groupe I. Ces cinq derniers termes apparaissaient dans le Groupe I pour chaque diagramme arborescent et carte MDS associée.

Figure 2. Mise en échelle multidimensionnelle de la perspective de 29 mères sur les termes liés aux pathologies respiratoires.

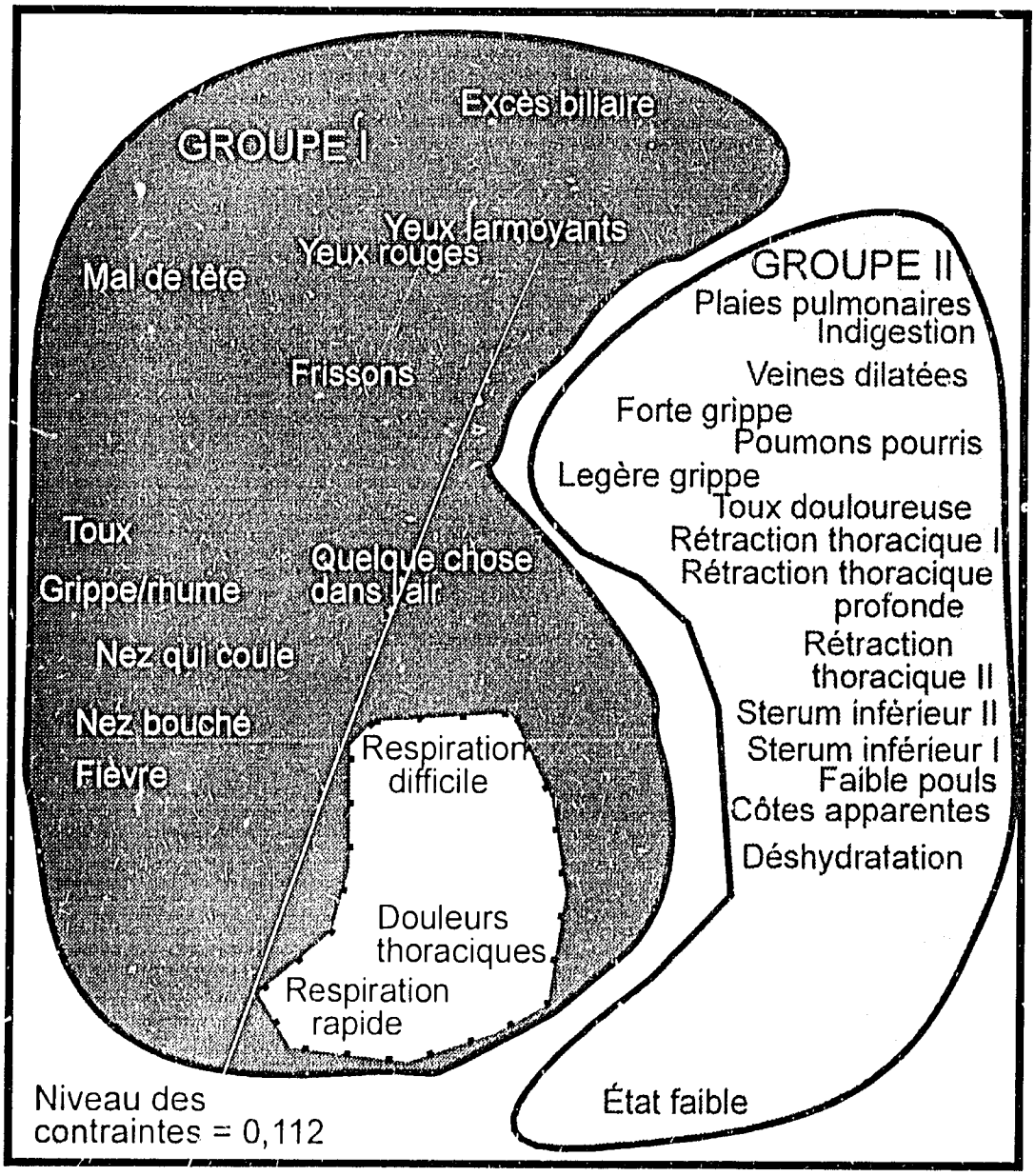


FIGURE 3. DIAGRAMME ARBORESCENT DE TERMES LIES AUX IRA REALISE A PARTIR DES RESULTATS D'UNE ANALYSE PAR GRAPPES DE 13 EXERCICES DE TRI PAR PILES EFFECTUES PAR DES GUERISSEURS TRADITIONNELS. ETUDE DES COMPORTEMENTS DE PERSONNES EN QUETE DE SOINS AU SWAZILAND, SWAZILAND 1990.

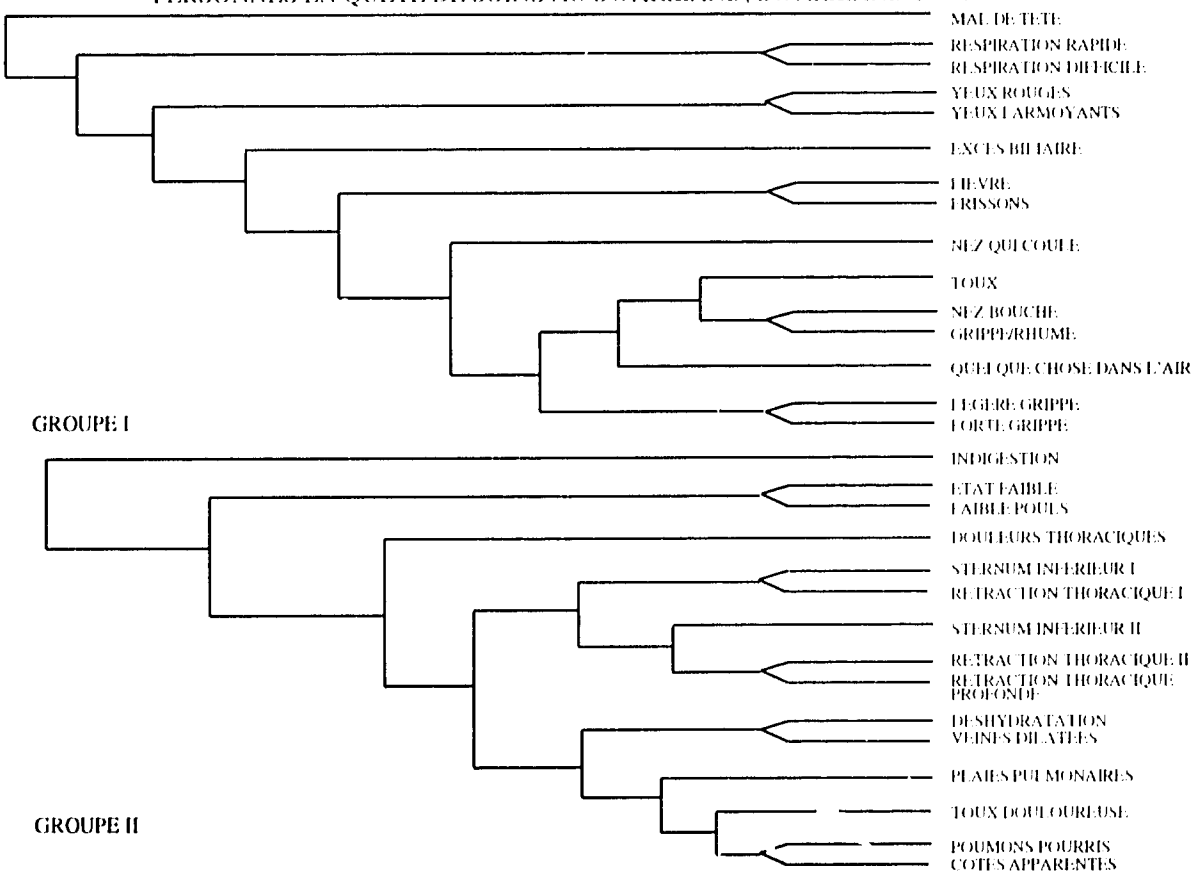


Figure 4. Mise en échelle multidimensionnelle de la perspective de 13 guérisseurs sur les termes liés aux pathologies respiratoires.

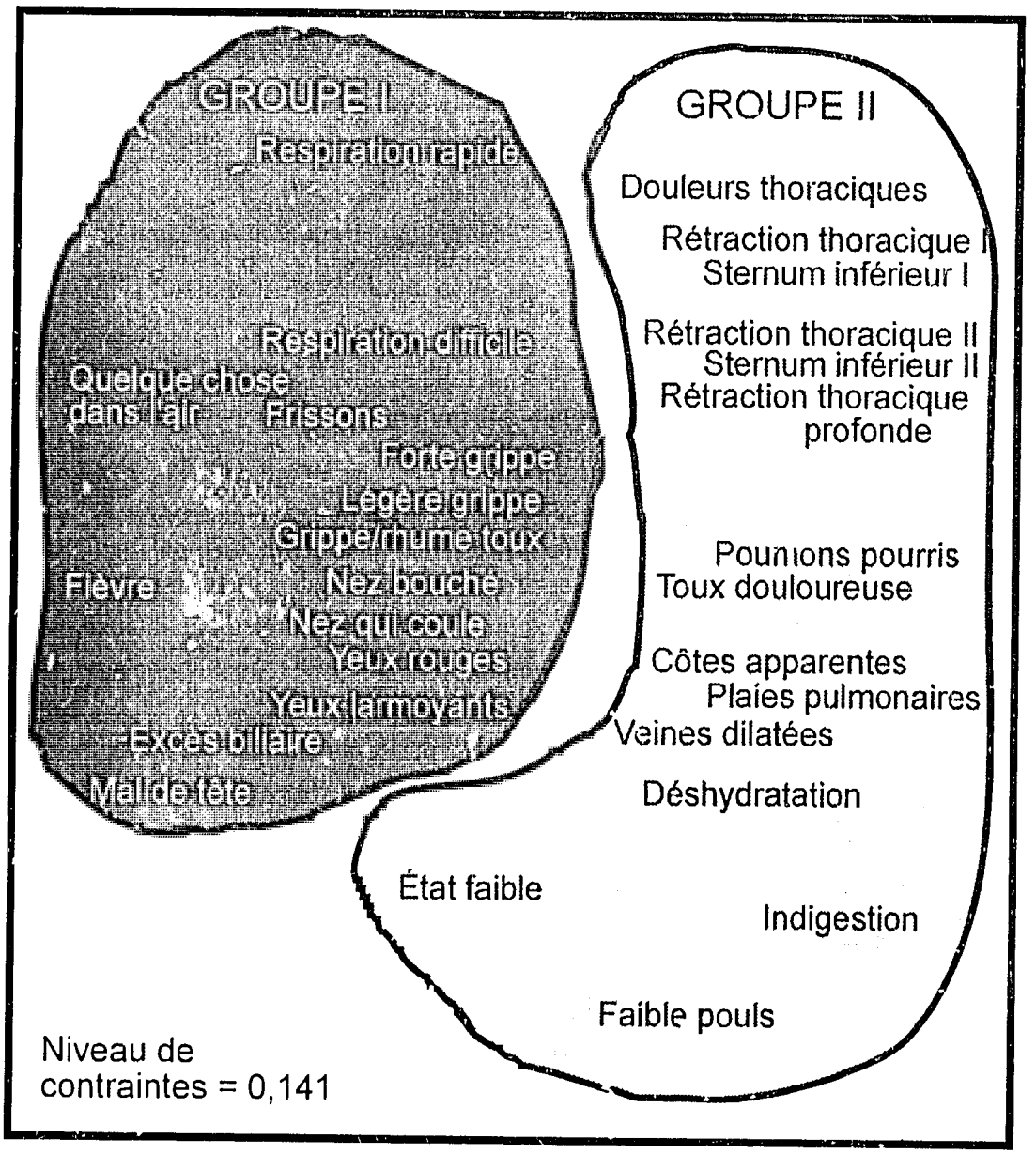


FIGURE 5. DIAGRAMME ARBORESCENT DE TERMES LIES AUX IRA REALISE A PARTIR DES RESULTATS D'UNE ANALYSE PAR GRAPPES DE 17 EXERCICES DE TRI PAR PILES EFFECTUES PAR DES PRESTATAIRES DE SOINS. ETUDE DES COMPORTEMENTS DE PERSONNES EN QUETE DE SOINS AU SWAZILAND, SWAZILAND 1990.

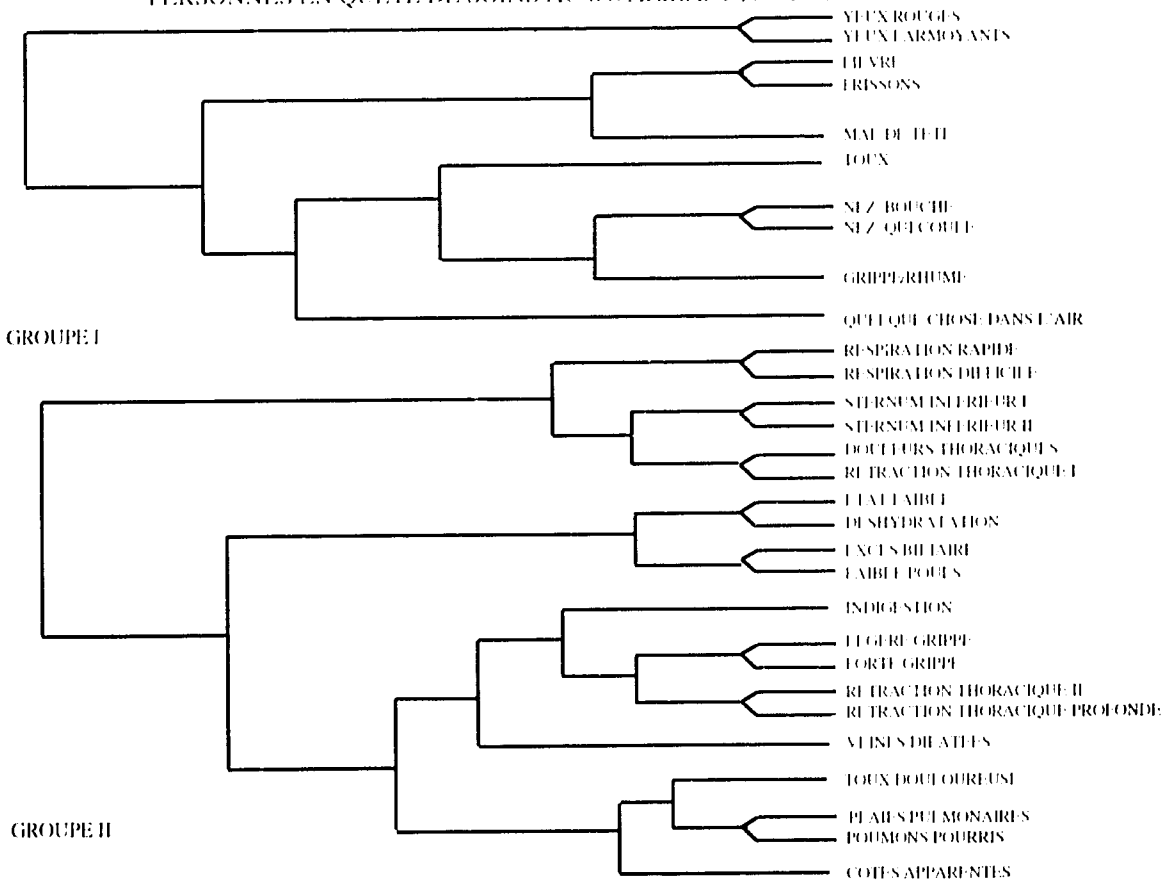
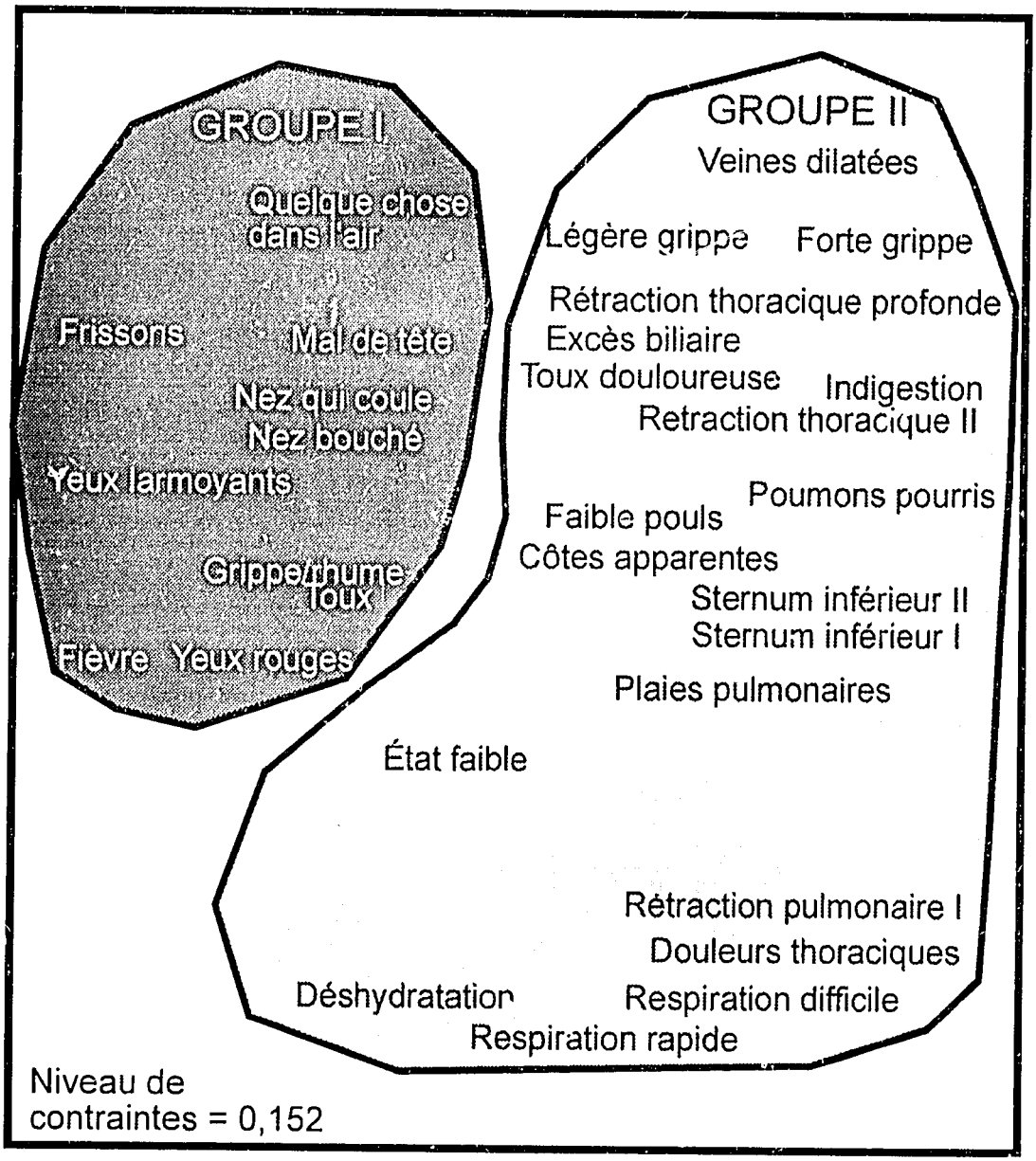


Figure 6. Mise en échelle multidimensionnelle de la perspective de 17 prestataires de soins sur les terms liés aux pathologies respiratoires.



Dans le Groupe II, quatre grappes étroitement liées comprennent des termes que les prestataires de soins ont associé aux infections respiratoires inférieures. Dans la première grappe, les termes de l'unité centrale "douleurs thoraciques" et "rétraction thoracique I" sont étroitement liés, de même que ceux de l'unité centrale "sternum inférieur I" et "sternum inférieur II". Ensuite, "respiration rapide" et "respiration difficile" sont aussi regroupés sur la même pile et ajoutés à cette grappe. Ni les mères, ni les guérisseurs traditionnels n'ont trié ces six termes en une grappe aussi dense. Cette tendance de regroupement est similaire à celle exprimée par les mères, pour lesquelles il s'agissait presque d'une grappe indépendante.

Une deuxième petite grappe ayant des éléments étroitement liés entre eux mais de manière lâche par rapport au reste des termes pathologiques du Groupe II comprend "état faible", "déshydratation", "excès biliaire" et "faible pouls". Une troisième grappe part d'une unité centrale composée de "légère grippe" et "forte grippe" auxquelles viennent se greffer "rétraction thoracique II" et "rétraction thoracique profonde". Etant donné que les prestataires de soins ont souvent indiqué qu'ils connaissaient peu les termes "légère grippe" et "forte grippe", l'analyse par grappes a montré que ce groupe de participants pensait que ces termes avaient un rapport avec des formes graves de rétraction thoracique. "Indigestion" et "veines dilatées" se greffent sur cette troisième grappe avant que cette dernière ne soit reliée à une quatrième petite grappe formée de l'unité centrale "plaies pulmonaires" et "poumons pourris", "toux douloureuse" et "côtes apparentes". Quand on leur a demandé pourquoi ils avaient regroupé ces termes ensemble, les prestataires de soins ont expliqué que les symptômes de la quatrième grappe étaient associés à des maladies pulmonaires, des infections de l'appareil respiratoire inférieur et parfois à la tuberculose.

Les prestataires de soins ont trié toutes les complications pulmonaires dans le Groupe II (les termes pathologiques les plus graves). Cette tendance contraste avec les tendances de tri des mères et des guérisseurs qui ont placé "respiration difficile" et "respiration rapide" dans le Groupe I (ainsi que les symptômes des maladies moins graves).

DISCUSSION

Les résultats des exercices de tri par piles, par les mères, les prestataires de soins et les guérisseurs du Swaziland suggèrent qu'il y ait des termes pathologiques en siSwati qui correspondent à de nombreux signes et symptômes des infections des appareils respiratoires inférieur et supérieur. Les participants ont différencié ces termes en au moins deux grappes distincts: un groupe comprenait les termes liés aux symptômes du rhumes de cerveau ou de la grippe que les mères traitent à domicile, alors qu'un autre groupe comprenait les termes faisant référence à de plus graves maladies pour lesquelles les mères font appel aux conseils de guérisseurs traditionnels ou de prestataires de soins.

Les guérisseurs traditionnels et les mères ont placé "respiration rapide" et "respiration difficile" dans le Groupe I des IRA moins graves. Toutefois, contrairement aux mères, les guérisseurs ont placé "douleurs thoraciques" dans le Groupe II des maladies plus graves. En conséquence, les termes correspondant à "respiration rapide", "respiration difficile" ou "douleurs thoraciques" sont considérés comme des termes intermédiaires entre les maladies graves et légères. Etant donné que ces termes apparaissent dans le Groupe I pour certains participants et dans le Groupe II pour d'autres, il semblerait que de nombreux participants ne soient pas sûrs de savoir s'il faut placer ces termes dans la catégorie des maladies légères ou graves. Cette ambiguité cognitive est aussi visible sur les cartes MDS, qui font apparaître ces termes à la périphérie des grappes principales des termes pathologiques. Ainsi, la frontière cognitive entre les Grappes I et II n'est pas toujours nette. Les mères risquent de considérer "respiration rapide" et "douleurs thoraciques" comme des pathologies intermédiaires ou des symptômes aux conséquences variées, selon les circonstances. L'ambiguité cognitive peut poser des complications (voire la mort) quand le responsable de l'enfant essaie de décider quel traitement administrer à son enfant malade.

L'ambiguité des participants reflétée dans le tri des termes "respiration difficile", "respiration rapide", et "douleurs thoraciques" illustre peut-être le dilemme des responsables, des prestataires de soins et des guérisseurs au moment du diagnostic des symptômes d'IRSA et d'IRIA. La pneumonie et ses symptômes peuvent ressembler à ceux d'autres maladies passagères vite soignées moins graves, rendant ainsi difficile le diagnostic chez des enfants, même par des spécialistes. L'UNICEF (1988:2) remarque que "la plupart des parents auraient pu faire appel à une assistance peu coûteuse [des antibiotiques d'une valeur de 50 cents] s'ils avaient su comment différencier une mauvaise toux d'une infection pulmonaire potentiellement mortelle". Les symptômes des IRIA se développent souvent à partir d'infections respiratoires apparemment anodines (rhume ou grippe par exemple) dont on sait qu'elles peuvent évoluer vers des maladies secondaires à complications telles que la pneumonie.

L'ambiguité dans le domaine cognitif du terme "douleurs thoraciques", une pathologie en siSwati dont les symptômes ressemblent à ceux de la pneumonie, peut aussi s'expliquer par la nature des IRA. Les expériences individuelles des mères d'enfants atteints d'IRIA peuvent ajouter à cette ambiguité étant donné que les symptômes des IRIA (pneumonie) peuvent varier selon l'âge de l'enfant. Bien que nous ayons sélectionné de manière aléatoire les mères d'enfants de moins de 5 ans qui ont participé à cette étude, les critères de sélection ne spécifiaient pas l'inclusion des mères dont l'enfant avait précédemment contracté une IRIA. Indépendamment du lieu de leur domicile, la plupart des enfants connaissent 5 à 8 épisodes d'IRA avant d'atteindre l'âge de 5 ans (Galway et al. 1987). Toutefois, l'incidence et le taux de fatalité des cas d'IRIA tels que la pneumonie bactérienne sont généralement plus élevés chez les enfants des pays en voie de développement (OMS 1990a; Campbell, Byass, Lamont, Forgie, O'Neill, Lloyd-Evans et Greenwood 1989; Galway et al. 1987).

DISCUSSION

Selon les prestataires de soins, le terme pathologique emahlaba (douleurs thoraciques) est associé à d'autres maladies pulmonaires. Toutefois, les mères ont tendance à regrouper ce terme avec "respiration rapide" et non pas avec d'autres signes d'IRA graves, alors que les guérisseurs l'ont généralement placé dans un groupe de symptômes liés à une maladie grave, ou seul, mais pas associé à"respiration rapide" ni "respiration difficile". Quand on a demandé à un guérisseur pourquoi il n'avait pas mis ce terme avec les autres, il a déclaré que "emahlaba est emahlaba".

Quand on leur a demandé de justifier leurs regroupements de termes, la plupart des guérisseurs ont rapporté que "yeux rouges" et "yeux larmoyants" servent àdiagnostiquer d'autres maladies. Les prestataires de soins ont regroupé ces termes ensemble parce qu'ils font référence à la même partie du corps. En général, les prestataires de soins ont regroupé ces termes en fonction des organes atteints ou parties du corps (yeux, poumons, poitrine), soit une classification biomédicale des termes pathologiques. Ils ont par ailleurs défini deux principaux groupes de maladies, même si les grappes au sein de ces principaux groupes étaient si faiblement liées qu'elles en devenaient presque des groupes individuels. On s'attendait à ce que les différences entre les systèmes de classification populaire et biomédicale soient plus nettement prononcées en comparant les résultats des analyses par grappes des membres de la communauté (guérisseurs et mères) et ceux des prestataires de soins. Toutefois, ces différences n'étaient pas aussi marquées que nous l'escomptions, étant donné les différences connues entre le modèle explicatif populaire swazi et le modèle biomédical de la maladie (Green 1985).[3]

Les termes centraux liés aux IRA reconnus par les mères et les guérisseurs étaient umkhuhlane (grippe/rhume), emahlaba (douleurs thoraciques), et lucabangu (sternum inférieur I). Les mères ont déclaré qu'elle cherchaient à obtenir de l'aide pour leur enfant présentant ces symptômes soit auprès d'un établissement de santé soit auprès d'un guérisseur. Les prestataires de soins et les guérisseurs ont rapporté traiter eux-mêmes les enfants moins gravement malades, et envoyer ceux présentant les symptômes d'IRA graves (respiration rapide, rétraction thoracique, fièvre et toux) àl'hôpital ou au centre de santé. Les guérisseurs traditionnels qui traitent les IRA risquent d'utiliser une thérapeutique pouvant compromettre le rétablissement de l'enfant (inhalation de la fumée d'herbes en combustion), et repousser le moment où le responsable de l'enfant ira consulter un établissement de santé pour y obtenir un traitement thérapeutique opportun et efficace (Simoes 1990). L'introduction des guérisseurs dans les efforts éducatifs de santé et la formation en matière de gestion des cas pourrait contribuer à une diminution du taux de mortalité lié aux IRA.

Les responsables des enfants risquent de ne pas faire correspondre "toux" et "fièvre" à des termes indiquant des pathologies plus graves (douleurs thoraciques, rétraction thoracique, douleurs au sternum inférieur, etc.). Les critères de diagnostic recommandés par l'OMS pour des IRIA chez des enfants de 2 mois à 5 ans d'âge comprennent toux, respiration difficile, rétraction thoracique, cyanose centrale, ou ingestion impossible. Les nouveau-nés de moins de 2 mois risquent de présenter les symptômes précédents, ainsi que des épisodes d'apnée, de fièvre, une respiration striduleuse chez un enfant calme, des grognements, un abdomen relâché ou tendu, une somnolence anormale, ou un réveil difficile (OMS 1990b). Ces résultats suggèrent que des messages éducatifs de santé peuvent utiliser les termes siSwati correspondant à "douleurs thoraciques", "respiration rapide", "sternum inférieur I", et "rétraction thoracique I" en faisant référence aux IRIA. Les messages faisant

3 L'étude de Green sur les diarrhées des enfants, a mis en évidence des différences d'agents causals et de classification, entre les définitions biomédicale et populaire de la maladie.

référence à ces termes pathologiques et ceux d'IRA légères doivent être élaborés à partir des catégories cognitives comprises par les mères. Ces messages doivent être soigneusement mis au banc d'essai avant d'être diffusés au niveau national. On doit mettre un accent tout particulier sur les termes illustrant les maladies graves (IRIA) que les mères avaient tendance à placer dans le Groupe I (reflétant des IRSA).

Même si un échantillon représentatif n'est pas primordial pour un exercice de tri par piles (Bernard 1988), il aurait peut-être mieux valu disposer d'un nombre plus large de participants. Toutefois, les données du tri par piles ont été collectées dans le cadre d'une plus vaste étude sur le comportement des personnes en quête de soins au Swaziland, et le temps dont on disposait pour l'exercice de tri par piles était limité. Les 13 guérisseurs et 17 prestataires de soins représentaient l'"univers" entier mentionné par les mères ayant participé à l'étude.

Notre méthode de sélection des termes pour le tri par piles a peut être faussé l'objectivité de nos résultats. Même si la littérature suggère que les guérisseurs connaissaent mieux les termes pathologiques que les non guérisseurs (Garro 1986), les guérisseurs du Swaziland ont des spécialités, l'une d'entre elles étant les maladies de l'enfance. Les guérisseurs de notre étude n'étaient pas tous des spécialistes des maladies de l'enfance. La qualité des résultats peut par ailleurs avoir été augmentée au moyen de quelques entretiens clés avec des guérisseurs, des prestataires de soins et des mères dont les enfants avaient contracté la pneumonie; en différenciant plus précisément les termes et symptômes pathologiques; en élaborant des hypothèses en fonction de ces découvertes; puis en conduisant l'étude. Les données des scénarios de cas hypothétiques suggèrent que les mères ont souvent inclus d'autres termes liés à des IRA [sifuba semoya (asthme), malaleveva (paludisme) et lishashati (amygdalite/pharyngite)], qui n'étaient pas des termes pathologiques compris dans l'exercice de tri par piles (Wilson et al. 1993).

Ces résultats constituent un élément d'une étude nationale qui a servi d'outil d'élaboration d'un programme au Swaziland. Les termes liés aux IRA ont servi àmettre au point du matériel pédagogique à l'intention des formateurs swazis en matière d'IRA. Au cours de l'éducation des patients, les prestataires de soins ont utilisé des termes que les mères peuvent comprendre, tels que emahlaba pour "pneumonie". Le recours à la technique du tri par piles a permis de comprendre les termes liés aux IRA utilisés pour dénoter la gravité de la maladie. Une découverte clé est que les mères et les guérisseurs traditionnels ont placé "respiration rapide" et "respiration difficile" dans le Groupe I des IRA moins graves. Les programmes pédagogiques futurs en matière de santé du Swaziland doivent se concentrer sur ce point.

Remerciements

Ces travaux ont bénéficié de l'assistance et pu être menés à bien grâce au projet Africa Child Survival Initiative-Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD), Africa regional Project(698-0421), menés par l'Agence américaine pour le développement international (USAID), Washington, D. C. Les auteurs remercient les personnes et institutions suivantes pour leur assistance: Melinda Moore (Centers for Disease Control and prevention) et Pertti Pelto (Professeur émérite, Université du Connecticut) pour leur intérêt et contribution continus tout au long des diverses étapes de ce manuscript, et l'assistance fournie par Larry Brown, l'équipe CCCD du Swaziland, l'unité pédagogique du Ministère de la santé pour mener à bien cette étude. Nous adressons nos remerciements à Virginia Sturwold, Judi Kanne, Andrew Vernon, Jennifer Bryce, Stephen Redd et Stan Foster des Centers for Disease Control and Prevention pour leurs corrections et révisions.

REFERENCES

Agyepong, I.A. 1992 Paludisme: perceptions et pratiques ethnomédicales au sein d'une communauté rurale d'Adangbe et implications en matière de lutte. (*Malaria: ethnomedical perceptions and practice in an Adangbe farming community and implications for control.*) Social Science and Medicine 35(2):131-137.

Arabie, P. et S.A. Boorman 1973 Mise en échelle multidimensionnelle des mesures de distance entre partitions. (*Multidimensional scaling of measures of distance between partitions*). Journal of Mathematical Psychology 10: 148-203.

Bernard, H.R. 1988 Méthodes de recherche en anthropologie culturelle. (*Research Methods in Cultural Anthropology*). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Borgatti, S. 1991 ANTHROPAC 3.2 Columbia: Analytic Technologies.

Brieger, W.R. et C. Kendall 1992 S'inspirer des connaissances locales pour améliorer la surveillance des maladies: perceptions de l'expérience de la maladie du ver de Guinée. (*Learning from local knowledge to improve disease surveillance: perceptions of the guinea worm illness experience.*) Health Education Research 7(4): 471-485.

Brieger, W.R., J. Ramakrishna, et J.D. Adeniyi 1983-84 Classifications des maladies de Yoruba pour la planification des soins de santé *Yoruba disease classifications for planning in health care.*) International Quarterly of Community Health Education 4(2): 117-122.

Burton, M.C. 1972 Dimensions sémantiques des noms de professions. Tiré de Mise en échelle multidimensionnelle: Théorie et applications aux sciences du comportement (*Semantic Dimensions of Occupation Names. Multidimensional Scaling: Theory and Applications in the Behavioral Sciences*, Vol. 2.) R.N. Shepard, A.K. Romney, S.B. Nerlove, éds. pp. 55 à 71. New York, NY: Seminar Press.

Burton, M.C. et A.K. Romney 1975 Représentation multidimensionnelle des termes de rôles (*A multidimensional representation of role terms.*) American Ethnologist 2: 397-407.

Campbell, H., P. Byass, A.C. Lamont, I.M. Forgie, K.P. O'Neill, N. Lloyd-Evans et E.M. Greenwood 1989 Evaluation des critères cliniques d'identification d'infections graves de l'appareil respiratoire inférieur chez l'enfant (*Assessment of clinical criteria for identification of severe acute lower respiratory tract infection in children.*) The Lancet 1: 297-299.

Dennis, K. 1986 Méthodologie Q: pertinence et application à la recherche en infirmerie (*Q methodology: relevance and application to nursing research.*) Advances in Nursing Science 8: 6-17.

Driver, H.E. et P.R. Sanday 1971 Facteurs et groupes d'éléments évités et de variables liées (*Factors and clusters of kin avoidances and related variables.*) Tiré de *Explorations in Mathematical Anthropology*. P. Kay, éd. pp. 269-279. Cambridge, MA: MIT Press.

Galway, K., B. Wolff et R. Sturgis 1987. Survie de l'enfant: risques et la voie vers la santé (*Child Survival: Risks and the Road to Health.*) Institute for Resource Development at Westinghouse. Données démographiques pour projet de développement.

Garro, L.C. 1986 Variations intraculturelles des connaissances médicales populaires: comparaison entre guérisseurs et non-guérisseurs (*Intracultural variation in folk medical knowledge: a comparison between curers and noncurers.*) American Anthropologist 88: 351-370.

Green, E.C. 1985 Guérisseurs traditionnels, mères et maladies diarrhéiques de l'enfance au Swaziland: l'interface de l'anthropologie et de l'éducation sanitaire (*Traditional healers, mothers and childhood diarrheal disease in Swaziland: the interface of anthropology and health education.*) *Social Science and Medicine.* 1985;20:277-285.

Mandler, G. et Z. Pearlstone 1966 Education par concepts limités et libres et rappel s'ensuivant (*Free and constrained concept learning and subsequent recall.*) Journal of Learning and Verbal Behavior 5: 126-131.

Miller, G.A. 1969 Méthode psychologique d'investigation des concepts verbaux (*A psychological method to investigate verbal concepts.*) Journal of Mathematical Psychology 6:169-191.

Ministère de la santé du Swaziland 1989 Etude de la santé familiale au Swaziland (*Swaziland Family Health Survey, 1988.*) Mbabane, Swaziland.

Organisation mondiale de la santé 1990a IRA: Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës (*ARI: Programme for control of acute respiratory infections.*) Interim Programme Report. Genève: OMS.

Organisation mondiale de la santé 1990b Infections respiratoires aiguës chez l'enfant: Prise en charge des cas dans les petits hôpitaux des pays en voie de développement. Un manuel à l'intention des médecins et autres responsables de la santé (*Acute respiratory infections in children: Case management in small hospitals in developing countries. A manual for doctors and other senior health workers.*) Genève: OMS.

Organisation mondiale de la santé 1992 IRA: Programme de lutte des infections respiratoires aiguës (*ARI: Programme for control of acute respiratory infections.*) Fifth Programme Report, 1990-1991. Genève: OMS.

Perchonock N. et O. Werner 1969 Systèmes de classification chez les Navahos: quelques implications pour l'ethnoscience (*Navaho systems of classification: some implications for ethnoscience.*) Ethnology 8: 229-242.

Projet de soins de santé primaires 1990 Déclaration de positionnement des IRA au Swaziland (*Swaziland ARI Position Statement, 1990.*)

Roberts, J.M., T.V. Golder, et G.E. Chick 1980 Jugement, erreur d'inattention et compétences: une analyse culturelle d'erreur de pilotage P-3 (*Judgment, oversight, and skill: a cultural analysis of P-3 pilot error.*) Human Organization 39: 5-21.

REFERENCES

Romney, A.K. et R.G. D'Andrade 1964 Aspects cognitifs des termes anglais correspondants (*Cognitive Aspects of English kin terms.*) American Anthropologist 66: 146-170.

Romney, A.K., T. Smith, H.E. Freeman, J. Kagan, et R.E. Klein 1979 Concepts de succès et d'échec (*Concepts of success and failure.*) Social Science Research 8: 302-326.

Shipstone, E.I. 1960 Certaines variables incidant sur la conception des tendances (*Some variables affecting pattern conception.*) Psychological Monographs 74: 1-40.

Simoes, E.A.F. 1990 Etude de la pneumonie au Swaziland: juillet-août 1989. Rapport préliminaire sur l'utilisation du protocole sur les IRA de l'OMS. (*ARI Swaziland Pneumonia Study: July-August 1989. Preliminary Report on the Use of the WHO ARI Protocol.*) Rapport non publié.

Stephenson, W. 1953 Etude des comportements: Technique Q et sa méthodologie (*The Study of Behavior: Q-Technique and Its Methodology.*) Chicago, IL: University of Chicago Press.

Truex, G.F. 1977 Mesure des variations entre sujets en matière de catégorisation (*Measurement of intersubject variations in categorizations.*) Journal of Cross-Cultural Psychology 8: 71-82.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance 1988 Etat de l'enfance dans le monde (*The State of the World's Children, 1988*). Oxford University Press.

Weller, S.C. 1984 Logique et consensus parmi les participants: concepts de maladies dans un village mexicain rural (*Consistency and consensus among informants: disease concepts in a rural Mexican village.*) American Anthropologist 86: 966-975.

Weinberg, S.S. 1991 Présentation de la mise en échelle multidimensionnelle (*An introduction to multidimensional scaling.*) Measurement and Evaluation in Counseling and Development 24: 12.

White, G. 1978 Ambiguité et ambivalence des descripteurs de personnalité A'ara (*Ambiguity and ambivalence in A'ara personality descriptors.*) American Ethnologist 5: 334-360.

Wilson, R.P., M. Nxumalo, B. Magonga, G.A. Shelley, K.A. Parker, et Q.Q. Dlamini 1993 Diagnostic et prise en charge des infections respiratoires aiguës par les responsables des enfants, les guérisseurs et les prestataires de soins au Swaziland, 1990-1991 (*Diagnosis and management of acute respiratory infections by child caretakers, healers and health providers in Swaziland.*) (à paraître)