

**ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES DE LA COMMUNAUTÉ SOKUYA EN CONTEXTE DE
MALADIES LIÉES À LA MALNUTRITION INFANTILE À VAVOUA
(CENTRE-OUEST CÔTE D'IVOIRE)**

KONAN Kouakou Geremy Barnabas

Doctorant

Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)

Département d'Anthropologie et Sociologie

geremykonan0991@gmail.com

SERI Engelvin Aser Jonathan

Assistant

Enseignant-Chercheur

Université de Bondoukou (Côte d'Ivoire)

Département de Sociologie et d'Anthropologie

jonathanseri@yahoo.fr

ZADOU Didié Armand

Maître de Conférences

Enseignant-Chercheur

Université Jean Lorougnon Guédé, Daloa (Côte d'Ivoire)

Département de Sociologie et Anthropologie

didiedesjardins@yahoo.fr

Résumé: La lutte contre la malnutrition chez les enfants est devenue l'une des préoccupations de santé publique en Côte d'Ivoire depuis son adhésion en 2013 au mouvement « Scaling Up Nutrition ». Nonobstant les initiatives de la médecine moderne pour lutter contre ce phénomène, les communautés Sokuya associent les habitudes traditionnelles et nouvelles de traitement des enfants. Dès lors, ce travail analyse ce syncrétisme thérapeutique observé chez ce peuple. S'inscrivant dans une approche mixte, les résultats indiquent deux groupes d'itinéraires thérapeutiques. Le premier qui associe les médecines traditionnelle et moderne, la religion et l'automédication. Le second qui associe les médecines moderne et traditionnelle et la religion. En outre, trois tendances de motivations sociales associées se présentent. Il s'agit des habitudes des soins traditionnels, les difficultés financières et les prénotions de l'inefficacité de la médecine moderne. Par ailleurs, la famille, les matrones, les agents de santé communautaire et les leaders religieux se sont révélés comme les instigateurs du choix des différents itinéraires thérapeutiques. En somme, retenons de cette étude que chez la communauté Sokuya, le syncrétisme thérapeutique dans le traitement des maladies liées à la malnutrition des enfants est sous-tendu par des motivations et des instigateurs sociaux variés.

Mots-clés : Malnutrition, Infantile, Sokuya, Syncrétisme Thérapeutique, Côte d'Ivoire

Therapeutic itineraries of the Sokuya community in the context of diseases linked to childhood malnutrition in Vavoua (Central-West Ivory Coast)

Abstract: The fight against malnutrition among children has become one of the public health concerns in Côte d'Ivoire since it joined the “Scaling Up Nutrition” movement in 2013. Notwithstanding the initiatives of modern medicine to combat this phenomenon, the Sokuya communities combine traditional and new habits for treating children. Therefore, this work analyzes this therapeutic syncretism observed in this people. As part of a mixed approach, the results indicate two groups of therapeutic itineraries. The first which combines traditional and modern medicine, religion and self-medication. The second which combines modern and traditional medicine and religion. Furthermore, three associated social motivation trends present themselves. These are the habits of traditional care, financial difficulties and preconceptions of the ineffectiveness of modern medicine. Furthermore, the family, matrons, community health workers and religious leaders revealed themselves as the instigators of the choice of different therapeutic routes. In short, let us remember from this study that among the Sokuya community, therapeutic syncretism in the treatment of illnesses linked to child malnutrition is underpinned by varied motivations and social instigators.

Keywords: Malnutrition, Infant, Sokuya, Therapeutic Syncretism, Ivory Coast

Introduction

Les questions liées à la santé des enfants en général et ceux de moins de 5 ans particulièrement continuent une problématique en Afrique, (H. A. Mboumba, 2010, p. 1). Pour l'auteur, la malnutrition qui signifie principalement « *mauvaise nutrition* », se présente comme un défi de santé publique lié à la santé chez ces enfants. Malgré les initiatives de la médecine moderne, certaines populations associent les habitudes traditionnelles et nouvelles de traitement des enfants. Elles mobilisent d'autres procédés thérapeutiques (Médecine traditionnelle, savoirs locaux, etc.). Ce qui traduit le problème du syncrétisme thérapeutique.

Selon l'UNICEF (2019, p. 3), environ 200 millions d'enfants de moins de 5 ans, soit un enfant sur trois, souffrent de dénutrition ou de surpoids. Près de deux enfants âgés de 6 mois à 2 ans sur trois ne consomment pas d'aliments capables de soutenir la croissance rapide de leur corps et de leur cerveau. Cette situation est susceptible d'entraver leur développement cérébral, de nuire à leur système immunitaire et d'augmenter les risques d'infections et, dans de nombreux cas, de causer des décès.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, ce problème se pose avec acuité. Ce sont 28,9 millions d'enfants de moins de 5 ans qui présentaient un retard de croissance ou malnutrition chronique, tandis que 7,9 millions souffraient d'émaciation ou malnutrition aiguë. Près d'un tiers des enfants ouest-africains souffraient en 2020 d'un retard de croissance dû à la malnutrition chronique, (FAO, 2022, p. 1).

En Côte d'Ivoire également, la malnutrition des enfants de 0 à 59 mois demeure un problème de santé publique. Elle a des conséquences négatives sur les trois secteurs clés de développement que sont l'économie, l'éducation et la santé, (RCI-PNN, 2020, p. 9). Selon l'INS (2017, p. 24), le taux de malnutrition demeure toujours à la limite du seuil « critique » de 28,7% au Centre-Ouest par rapport au taux le plus élevé de 29,6 % au Nord. Le District Sanitaire de Vavoua constitue l'une des zones endémiques de la malnutrition de la région du Centre-Ouest avec 3046 cas de malnutrition d'enfants de 0 à 5 ans, notifiés dans l'ensemble des 31 établissements sanitaires, de 2019 à 2020, avec 2437 cas de malnutrition aiguë sévère (MAS), soit 80% contre 20% de cas de Malnutrition Aiguë Modérée (MAM) qui constitue le premier niveau de la malnutrition.

Afin de vérifier provisoirement les raisons du taux élevé de cas MAS dans cette zone, une étude exploratoire a été conduite. Elle a révélé que le recours immédiat au centre de santé ne fait pas partie des habitudes sanitaires de la communauté Sokuya en dépit des activités de sensibilisation des populations mises en œuvre par les agents de santé. Les Sokuya se dirigent préférentiellement vers la médecine traditionnelle¹ à travers une automédication.

En outre, ces conduites relatives aux itinéraires thérapeutiques constituent une entrave aux efforts nationaux et internationaux visant, comme le stipule l'indicateur 2.2 des Objectifs de Développement Durable (ODD) : « [à] 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y

¹ La médecine traditionnelle africaine est l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques explicables ou non pour prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue. Ces pratiques sont transmises de génération en génération, oralement ou par écrit, (OMS, 2000).

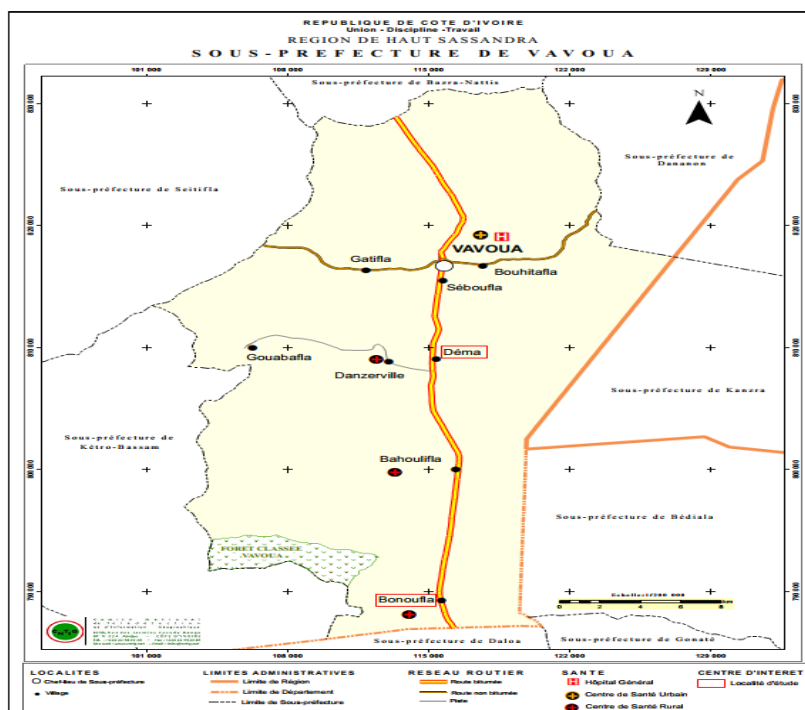
compris en atteignant d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans », (UNSSC, 2015, p. 43).

Eu égard aux difficultés dans l'atteinte de cet objectif sanitaire, il importe de poser la question suivante : quels sont les itinéraires thérapeutiques de la communauté Sokuya de Vavoua face aux maladies liées à la malnutrition des enfants ? A partir de cette question, cette étude permet d'identifier les itinéraires thérapeutiques de ce peuple face aux maladies liées à la malnutrition, de cerner les raisons de ces choix d'itinéraires thérapeutiques et d'identifier les instigateurs de ces choix.

Dans la suite du travail, les résultats obtenus seront présentés, d'abord, autour du premier groupe de choix des itinéraires thérapeutiques suivis des motifs de ces choix ; ensuite autour du second groupe de choix des itinéraires thématiques suivis également des motifs de ces choix et enfin autour des instigateurs des différents choix.

1. Méthodologie

L'étude s'est déroulée dans les localités de Bonoufla et Dema dans la période de mars 2021 à septembre 2023. Ces localités sont situées respectivement à 27 km et 6 km de la Sous-préfecture de Vavoua². La population de la Sous-préfecture est estimée à 477 154 habitants (RGPH 2021). Ci-après, présenté la carte de la Sous-préfecture de Vavoua avec une mise en relief desdites localités.



Carte N°1 : Carte de la sous-préfecture de Vavoua avec une mise en relief des localités de l'étude

Source: CNTIG, Conception EGNANKOU (Décembre 2022)

² La localité de Vavoua est située, au Centre-Ouest de la Côte d'Ivoire, dans la région du Haut-Sassandra, à 54 km de Daloa le Chef-lieu de région.

La carte présente les différentes localités de la Sous-préfecture de Vavoua. Bonoufla et Dema sont situés sur l'axe principal reliant la Sous-préfecture de Vavoua à celle de Daloa. Les Sokuya ou Kouya³ sont les autochtones de ces deux localités. Pour choisir les deux zones d'étude, nous avons utilisé la méthode de sondage en grappe qui est un cas particulier du tirage à plusieurs degrés, (H. Gumuchian et C. Marois, 2018, p. 25). Un premier tirage a été effectué au niveau primaire pour sélectionner les établissements de santé où l'on dénombrait le plus de cas de malnutrition au niveau du district sanitaire de Vavoua. Ce sont le Centre de Santé Rural de Bonoufla avec 407 cas entre 2019 et 2020 (13,14%) et le Centre de Santé Rural de Danzerville avec 284 cas au cours de la même période (9,32%).

Après le choix des Unités Primaires, il a été tiré, au second degré, les localités de Bonoufla et de Dema qui relèvent respectivement de ces Centres de Santé. Ces localités ont enregistré les cas élevés de malnutris sur les deux dernières années (2019 et 2020) dans la zone de Vavoua. Ce sont 64 cas (15,72%) à Bonoufla et 59 cas (20,77%) à Dema. Après le second degré, un recensement de la cible primaire, notamment les personnes en charge d'enfants malnutris, a été effectué auprès des services de santé précités, sur la base des critères d'inclusion suivants : l'appartenance à la communauté Sokuya et la présence d'au moins un enfant malnutri dans le ménage de 2019 et en 2020. Sur cette base ce sont 39 ménages à Bonoufla et 33 à Dema qui ont été rencontrés. Cependant, l'enquête exploratoire a révélé que de telles données ne peuvent avoir un caractère exhaustif car certains ménages n'ont pas recours au centre de santé pour les soins des enfants en contexte de malnutrition. Pour éviter de restreindre donc l'échantillon à ces ménages, nous avons eu recours à la technique dite " en boule de neige " ou "par réseau ", (P. N'da, 2015, p. 106). Elle nous a conduit à utiliser les réseaux communautaires. En effet, chaque enquêté avec l'appui des leaders communautaires et agents de santé communautaires nous a conduit vers les ménages qui partagent avec lui les caractéristiques spécifiques répondant à nos objectifs. Sur cette base, 11 ménages à Bonoufla et 9 à Dema, répondant aux critères de l'étude, ont été rencontrés de plus. Ainsi dans l'ensemble, 92 enquêtés (50 à Bonoufla et 42 à Dema) ont constitué la cible primaire de l'étude sur la base des techniques d'échantillonnage à plusieurs degrés et " en boule de neige ". Un formulaire de consentement éclairé a été renseigné par chaque personne enquêtée. Le tableau suivant présente l'effectif par localité :

Tableau 1 : Taille de l'échantillon quantitatif

Localités	Effectif
Bonoufla	50
Dema	42
Total	92

Source : Données d'enquête, Septembre 2023

En plus de ces acteurs, quarante-trois (43) personnes-ressources (cibles secondaires) ont été sélectionnées, à travers le choix raisonné, pour les entretiens individuels et de groupe :

- dix (10) parents d'enfants de 0 à 5 ans à qui le questionnaire a été soumis et ayant des expériences particulières liées aux itinéraires thérapeutiques ;

³ Selon la tradition orale, le peuple Sokuya ou Kouya de Vavoua est venue de Hiré (Lakota) suite à des discordes avec le peuple Dida avec qui il vivait en cohabitation autrefois. Il a été conduit à Vavoua par l'ancêtre Kitché Gbi autour des années 1917.

- vingt-trois (23) mères avec lesquelles deux (2) focus group ont été réalisés dont douze (12) mères à Bonoufla et onze (11) à Dema.
- deux (02) agents de santé, pour savoir les recommandations de la médecine allopathique en matière de recours au centre de santé ainsi que les actions menées en vue d'encourager les communautés à adopter ces pratiques ;
- deux (02) tradithérapeutes pour identifier et comprendre les types de soins proposés par la médecine traditionnelle ;
- deux (02) vendeuses de Médicaments de Qualités Inférieures et Falsifiées (MQIF) pour identifier et comprendre les soins proposés par les médicaments de la rue ;
- quatre (04) matrones ou mères-mentors, pour comprendre les instructions communautaires en matière de guides sanitaires aux mères.

Le tableau ci-après récapitule la liste de ces participants par localité.

Tableau 2 : Liste des participants aux entretiens par localité

Participants aux entretiens	Localités		Effectifs
	Bonoufla	Dema	
Parents d'enfants de 0 à 5 ans	05	05	10
Agents de santé	01	01	02
Matrones	02	02	04
Tradithérapeutes	01	01	02
Vendeuses de MQIF	02	00	02
Participants aux focus group	12	11	23
Total	23	20	43

Source : Données d'enquête, Septembre 2023

La collecte des données a nécessité la mobilisation des outils suivants : le questionnaire, le guide d'entretien individuel, le canevas du focus group et la photographie. L'enquête par questionnaire a été réalisée auprès de la cible primaire de l'étude. Avec le questionnaire, il a été question d'identifier les itinéraires thérapeutiques des enquêtés et les prescripteurs sociaux de ces itinéraires thérapeutiques. Les entretiens individuels et les focus group ont été réalisés auprès de la cible secondaire. Ils ont permis d'approfondir la compréhension des motivations sociales des itinéraires thérapeutiques chez les participants. Quant à la photographie, elle a eu pour but de photographier quelques éléments essentiels à la compréhension de l'objet d'étude. Les données quantitatives ont été traitées avec le logiciel SPSS version 16.0. Sur la base des axes du questionnaire, le logiciel a permis de produire des chiffres et des régularités statistiques. Ces analyses ont aidé à produire des tableaux et des graphiques. Quant aux données qualitatives, elles ont été retranscrites mot à mot, synthétisées en fonction des objectifs de l'étude et soumises à une analyse de contenu afin de déceler les unités de sens.

L'étude s'est enrichie de l'apport de la théorie des Représentations Sociales de Moscovici (1976). Elle permet de mieux comprendre les conduites thérapeutiques de la communauté Sokuya de Vavoua en contexte de maladies liées à la malnutrition chez les enfants et le choix initial opté pour la médecine traditionnelle. En effet, selon S. Moscovici (1976), la théorie des représentations sociales, placée à la frontière du psychologique et du social, permet aux personnes et aux groupes de maîtriser leur environnement et d'agir sur celui-ci. Il souligne que c'est le contenu des

représentations sociales, mais aussi leur structure interne et le noyau central qui permettent de comprendre comment les individus ou les groupes développent des pratiques sociales spécifiques. Pour l'auteur, cité par C. D. Philippe (2015, p.36), la théorie des représentations sociales, c'est :

Une manière d'interpréter le monde et de penser notre réalité quotidienne, une forme de connaissance sociale que la personne se construit plus ou moins consciemment à partir de ce qu'elle est, de ce qu'elle a été et de ce qu'elle projette et qui guide son comportement. Et corrélativement (la RS est) l'activité mentale déployée par les individus et les groupes pour fixer leurs positions par rapport à des situations, événements, objets et communications qui les concernent.

Cette théorie permet, dans le cadre de cette étude, de comprendre le recours non systématique de la communauté Sokuya au centre de santé en contexte de maladies liées à la malnutrition chez les enfants. Elle se dirige préférentiellement vers les tradithérapeutes. Par la suite, elle décide de se rendre au centre de santé en cas de guérison non recouvrée. Cette conduite relevant des normes établies par cette communauté, s'explique par le fait que la malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans en contexte de malnutrition est la conséquence d'une supposée désobéissance des parents de l'enfant des normes culturelles en vigueur.

2. Résultats

2.1. Premier groupe d'itinéraires thérapeutiques

N=92

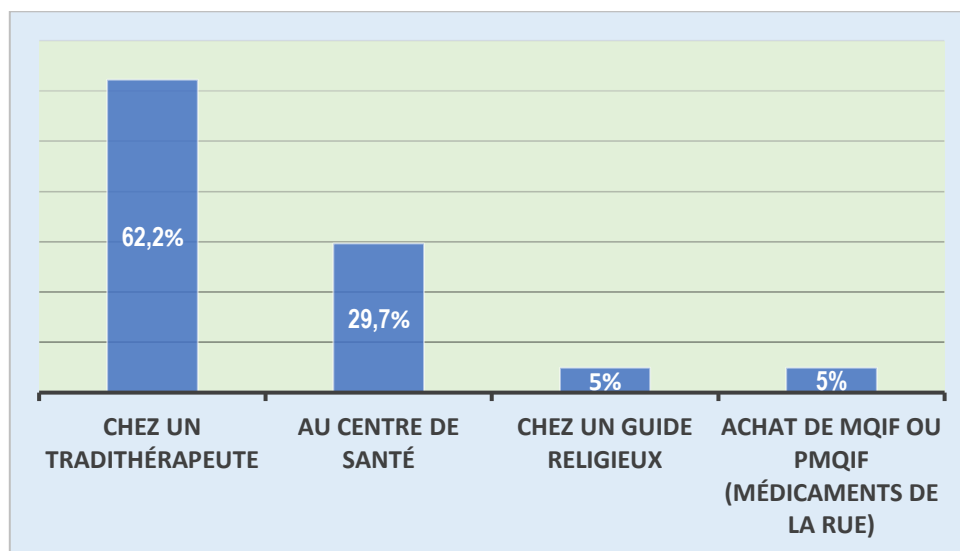


Figure 1 (Histogramme) : Premier groupe d'itinéraires thérapeutiques

Source : Données d'enquête (Septembre 2023)

Sur la question relative au premier groupe des itinéraires thérapeutiques, pour l'ensemble des 92 enquêtés qui ont pris part à cette étude, on note pour la majorité (57 enquêtés, soit 62,2%), l'option du tradithérapeute, par rapport à 5 enquêtés (5%) qui ont évoqué la voie du guide religieux et 5 autres également (5%) qui ont affirmé avoir fait recours aux produits médicaux de qualités inférieures et falsifiées (MQIF⁴), communément appelés médicaments de la rue. Ce qui donne un

⁴ L'OMS définit les produits médicaux « de qualité inférieure » comme des « produits médicaux autorisés qui ne répondent pas aux normes de qualité et aux spécifications » ; et les produits médicaux « falsifiés » comme ceux dont

effectif de 67 enquêtés (73%) qui ne s'est pas dirigé vers le centre de santé. L'analyse de ces données traduit la domination du premier recours thérapeutique des enquêtés par la voie de la médecine traditionnelle via les tradithérapeutes. Toutefois, l'on n'exclut pas une proportion de recours à la médecine moderne de certains enquêtés. Ce qui explique le lien entre ces résultats et l'objet de cette étude lié au syncrétisme thérapeutique.

2.2. Motivations sociales du premier groupe d'itinéraires thérapeutiques

N=67

Tableau 3 : Motivations sociales du premier groupe d'itinéraires thérapeutiques

Motivations sociales du premier d'itinéraires thérapeutiques	Effectif	Fréquence (%)
Habitude liée aux soins traditionnels	34	51
Difficultés financières pour payer les soins de la médecine moderne	18	27
Prénotions liées à l'inefficacité des médicaments de la médecine moderne	15	22
Total	67	100

Source : Données d'enquête (Septembre 2023)

Pour les 67 enquêtés qui ont affirmé ne pas se diriger vers la médecine moderne, comme première option, trois tendances de motivations sociales se sont dégagées. Il s'agit des habitudes liées aux soins traditionnels évoqué par 34 enquêtés (51%), la difficulté financière pour payer les soins de la médecine moderne, souligné par 18 enquêtés (27%) et les prénotions liées à l'inefficacité des médicaments de la médecine moderne, évoquées par 15 enquêtés (22%). Selon les participants, le centre de santé ne constitue pas le premier réflexe d'itinéraire thérapeutique pour ces trois principales motivations évoquées. Pour la première catégorie, les habitudes liées aux soins traditionnels sont à l'image de la culture Sokuya. En effet, selon la tradition de ce peuple, lorsqu'un individu, en particulier un enfant de moins de 5 ans est malade, la voie idéale est de se diriger vers un tradithérapeute parce que la maladie d'un enfant de cette tranche d'âge est liée à une situation de non-respect des règles communautaires en vigueur, par les parents de cet enfant. Lesquelles règles sont en rapport avec le non-respect du supposé temps qu'il faut accorder à une mère après un accouchement avant d'avoir à nouveau des rapports sexuels. Selon T. L. 50 ans planteur et chef de ménage à Dema :

Chez nous les Sokuya, quand la femme a un bébé, elle n'a pas droit à la chambre de son mari normalement jusqu'à ce que l'enfant ait 2 ans pour qu'il évite les maladies comme la malnutrition. Mais de nos jours, à cause de jalousie, lorsqu'on dit à une femme qui a un nouveau-né de dormir dans une autre chambre loin de son mari, elle dit je veux forcément dormir avec mon mari. Parce qu'elle a appris que son mari l'a trompé une fois (rire...), elle se dit que son mari est trop libre pour chercher une autre femme. Or, en faisant comme ça, cela permet à son corps de bien se reposer et d'éviter des maladies à l'enfant. A part maladie de

l'identité, la composition ou l'origine est présentée de façon trompeuse, que ce soit délibérément ou de manière frauduleuse, (OMS, 2017).

l'enfant même, c'est aussi ce qui fait que le plus souvent les femmes accouchent difficilement et puis après elles ont des difficultés. Après avoir fait un enfant, elles sont obligées d'accoucher par césariennes.

Selon ce chef de ménage, lorsque les parents ne respectent pas la règle liée au respect du supposé temps à accorder avant les rapports sexuels, l'une des conséquences est la maladie de l'enfant qui survient. Dans ce cas de figure, le recours au tradithérapeute devient important afin de palier la maladie de l'enfant. Pour comprendre le processus de guérison, nous avons approché A. G. H. 65 ans, tradithérapeute à Dema qui a résumé son intervention en ces termes :

Généralement lorsque la femme accouche et qu'elle ne se donne pas le repos et qu'elle va coucher avec son mari, directement l'enfant fait une diarrhée et c'est ce que je soigne chez l'enfant. Le médicament c'est « yeubayeuba » composé de certaines feuilles de la brousse et de feuilles de tige rouge de manioc. Il faut piler le mélange pour mettre dans les narines de l'enfant qui fait la diarrhée. Ou-bien le deuxième médicament une plante qu'on appelle « légrépoupahi » qu'il faut écraser avec du piment pour faire purger à l'enfant qui fait la diarrhée. Ce même médicament est à la fois pour guérir et pour prévenir. Pour prévenir, les parents qui veulent sevrer vite l'enfant pour faire un autre enfant ou pouvoir faire tranquillement les rapports sexuels sans danger pour le bébé peuvent l'utiliser. Il n'y a pas d'interdit mais le médicament a parfois des réactions très fortes sur l'enfant. Quand c'est le cas, il faut plonger l'enfant dans de l'eau froide pour que l'enfant se retrouve. Pour faire les médicaments, il faut la somme de cinq mille francs. Avec le temps, les femmes préfèrent plus venir chez moi que d'aller à l'hôpital parce que je règle bien leur situation que les médicaments de l'hôpital parce que chez moi il n'y a aucune règle à suivre. Ce sont des médicaments que m'a laissés ma mère. Mais, il est interdit de montrer les plantes à quelqu'un qui n'est pas de ma famille.

Aussi, ces règles sont-elles liées à l'insubordination des jeunes parents face aux aînés. Selon les participants aux focus-group, lorsque les jeunes deviennent parents tôt, il est difficile pour ces derniers de subvenir aux besoins de l'enfant. Ce qui se traduit par le mauvais état de santé de cet enfant. Selon S, E, 36 ans, présidente des femmes de Bonoufla :

De nos jours, les jeunes n'ont pas les moyens et puis ils font les enfants. Or l'enfant doit être bien nourrit. A Bonoufla ici, tu vois un jeune qui a peut-être 15 ans fait enfant avec une fille de 13 ans. Ils n'arrivent pas à se prendre en charge et ils font enfant. Ou-bien, le garçon a 16 ans, voir 17 ans et la fille a 12 ans ou 13 ans et ils font enfant. Le garçon lui-même, on le nourrit encore à la maison et il fait enfant. Il n'a pas les moyens et il faut nourrir l'enfant et sa mère donc il faut avoir de l'argent. Les aliments de compléments dont on parle à l'hôpital, il faut payer. Même la bouillie que les anangos⁵ vendent, ça se paie donc si y'a pas les moyens ils sont obligés de laisser l'enfant dans la faim. La fille doit continuer sa vie, elle doit payer son "body"⁶, sa pommade donc elle est obligée de faire ce qui n'est pas normal pour pouvoir subvenir aux besoins de l'enfant et elle-même. C'est l'enfant qui prend forcément les pots cassés. Il est toujours anémié.

⁵ Anango désigne les vendeuses Nigérianes ambulante.

⁶ Body désigne les sous-vêtements sans manche pour les jeunes filles.

Au titre des soins traditionnels pour soigner l'anémie des enfants, nous avons rencontré F. K., tradithérapeute à Bonoufla. Avec elle, nous avons parcouru le dispositif de guérison des enfants souffrant de l'anémie. Elle a expliqué comme suit :

Je soigne l'anémie. Si un enfant est atteint de l'anémie, on prépare les feuilles de 'gnonkalani' jusqu'à ce que le jus qu'on veut soit bien rouge. On fait boire à l'enfant sans ajouter autre chose. Mais si tu ne veux pas préparer, tu écrases et tu mélange avec les grains de 'anango sêgué' et tu mets de l'eau dans la pâte obtenue pour faire boire à l'enfant. La feuille de gnonkalani est à 100fr et le sachet de anango sêgué à 25fr.

Selon cette tradithérapeute, cette stratégie est plus rassurante parce qu'elle est plus utilisée par la population et n'a aucun effet secondaire sur la santé des enfants. Les images 1 et 2 suivantes présentent le 'gnonkalani' et le 'anango sêgué'.



Photo 1 : Gnonkalani

Photo 2 : Anango sêgué

Source: Données d'enquête, Septembre 2023

À l'instar des médicaments traditionnels, pour les cas d'anémie, certains enquêtés ont eu recours aux médicaments de la rue. Nous avons rencontré une vendeuse de ce type de médicament pour avoir une version des soins qu'elle propose. Selon une vendeuse à Bonoufla :

Les maladies des enfants que je vois beaucoup c'est problème de sang là. Ce qui fait que l'enfant ne peut pas bien téter ou manger. Donc je leur donne médicaments de sang 'bassifla' ou 'djelifla'. Ça donne l'appétit à l'enfant. Souvent c'est problème d'argent qui fait que les gens viennent ici, tout le monde n'a pas les moyens d'aller à l'hôpital. Si la personne a 300fr, il peut acheter mes médicaments pour donner à l'enfant sans problème. Or à l'hôpital c'est trop long. Mais après je donne conseil à mes clients d'aller à l'hôpital pour voir le problème de l'enfant.

Ci-joint un médicament contre l'anémie que la vendeuse propose aux clients :



Photo 3 : Exemple de MQIF contre l'anémie pour l'enfant à Bonoufla

Source : Source : Données d'enquête, Septembre 2023

Pour la seconde catégorie, le coût des médicaments de la médecine moderne concourt aux choix de l'automédication parce que le message de prise en charge des enfants de 0 à 5 ans n'est pas effectif, comme le dit S. S. 45 ans, participant au focus group à Bonoufla :

À l'hôpital, les gens disent que pour les enfants de 0 à 5 ans y'a une prise en charge pour eux quand ils sont malades. Mais quand vous arrivez et que vous parlez de cela, des fois même, on vous parle mal. On ne comprend pas. Tout se vend. Les gens le disent mais ça ne s'applique pas. Ce qui amène certaines personnes à ne pas aller à l'hôpital. Je vais à l'hôpital, je n'ai pas l'argent, donc je préfère aller couper les médicaments pour venir pimenter mon enfant.

Une situation qui a été corroborée par la sage-femme de Bonoufla en ces mots « Depuis 6 mois nous n'avons pas été doté en équipements de prise en charge de la malnutrition infantile » Sage-femme point focal nutrition Bonoufla (le 27 octobre 2021).

Pour la dernière catégorie, au-delà du coût des médicaments évoqués avant, certains participants perçoivent les soins de santé modernes comme inefficaces. Ils doutent de la capacité des médicaments à guérir les enfants lorsqu'ils sont malades. Ils estiment que les médicaments gratuits ne peuvent pas guérir pendant longtemps un enfant à condition d'acheter des médicaments supplémentaires. C'est ce point de vue que nous avons obtenu au cours d'un focus group à Dema en ces mots :

Par rapport aux médicaments que nous recevons à l'hôpital, il faut dire qu'ils sont génériques et moins efficaces. Dans la même semaine ou le même mois, on fait un traitement pour une maladie qui peut revenir par deux fois. Quand ta fille est malade du palu par exemple et que tu vas à l'hôpital ils vont te donner des médicaments gratuits mais c'est chaque semaine que tu vas retourner à l'hôpital. Alors que si tu payes des médicaments de pharmacie pour ajouter tu peux faire des mois sans qu'elle ne tombe malade encore, D, G, 46 ans à Dema.

A travers ces analyses, il faut retenir les motivations sociales de la première catégorie d'itinéraires thérapeutiques. Le point suivant traitera du second groupe.

2.3. Deuxième groupe d'itinéraires thérapeutiques

N= 67

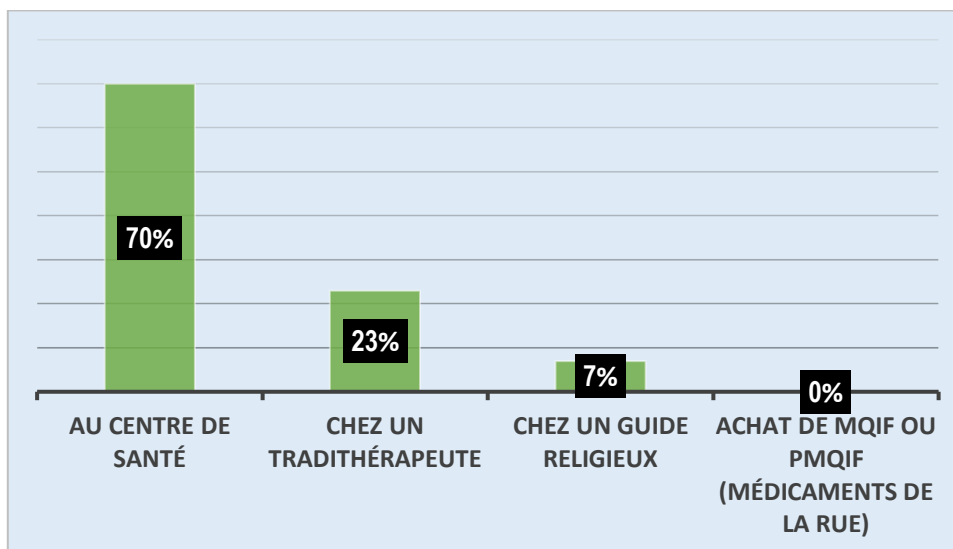


Figure 2 (Histogramme) : Deuxième option d'itinéraires thérapeutiques

Source : Source : Données d'enquête, Septembre 2023

Au titre de la deuxième option d'itinéraires thérapeutiques, sur l'ensemble des 67 enquêtés du premier groupe, on note pour la majorité (50 enquêtés, soit 70%), la voie du centre de santé, suivie de 23% chez un tradithérapeute et 7% qui se sont dirigés vers le guide religieux. Aucun participant n'a eu recours aux médicaments de la rue comme deuxième choix d'itinéraire thérapeutique. Cette analyse en lien avec le premier groupe permet de déduire que la communauté Sokuya a établi « une ligne » de conduite à suivre pour les soins des enfants. Il s'agit de recourir préalablement aux tradithérapeutes et prendre le chemin du centre de santé par la suite. L'étape suivante permettra de parcourir les motivations sociales du deuxième choix dominé par le recours au centre de santé.

2.4. Motivations sociales du deuxième groupe d'itinéraires thérapeutiques

N= 50

Tableau 4 : Motivations sociales du choix du centre de santé en deuxième option

Motivations sociales du choix du centre de santé en deuxième option	Effectif	Fréquence (%)
Guérison non recouvrée chez le tradithérapeute	29	58
Gravité de la maladie de l'enfant	21	42
Total	50	100

Source: Données d'enquête, Septembre 2023

Sur l'ensemble des 50 enquêtés qui ont affirmé se diriger vers le centre de santé en seconde option de l'itinéraire thérapeutique, les éléments de réponse donnés sont liés à l'insatisfaction liée à la prestation du tradithérapeute (58%) et la gravité de la maladie de l'enfant (42%). En effet, cette analyse traduit les pratiques thérapeutiques, de la communauté Sokuya, relatives au processus d'itinéraire thérapeutique, décrit à la première étape. K, A, A, 35 ans ménagère mère de 4 enfants à Dema le dit en ces mots : « Chez nous ici on va avec l'enfant à l'hôpital quand la maladie est grave hein. Si non on fait médicaments traditionnels d'abord ». Selon les participants aux entretiens, le recours au centre de santé comme premier réflexe n'est pas méconnu par ce peuple de la zone de Vavoua. Toutefois, dans la pratique, il se dirigent vers l'automédication pour les raisons évoquées en amont. Selon G, A, 47 ans, participant au focus-group à Dema :

On sait bien qu'il faut envoyer l'enfant à l'hôpital d'abord lorsqu'il ne se porte pas bien. Mais vrai vrai là, la guérison de ton enfant dépend de tes moyens quand tu vas à l'hôpital. Parce que quand tu vas avec l'enfant à l'hôpital, ils vont te prescrire ordonnance et si tu n'as pas les moyens pour payer, tu ne vas pas laisser l'enfant dans la maladie. C'est ce qui va t'obliger à prendre l'enfant pour l'envoyer chez les guérisseurs traditionnels pour faire indigénat. Ils vont le pimenter, le purger parce que tu n'as pas eu les moyens. Finalement, c'est devenu notre habitude.

Après l'étape des deux groupes d'itinéraires thérapeutiques, que retenir des personnes qui décident de ces choix ? Ce qui nous conduit à l'étape suivante.

2.5. Instigateurs sociaux des itinéraires thérapeutiques

N=92

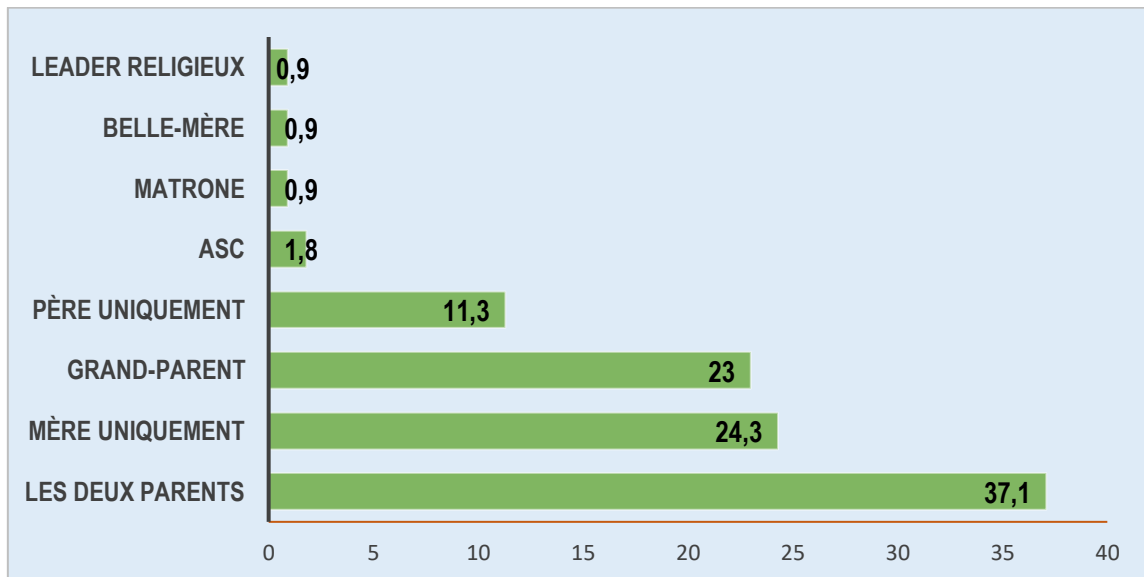


Figure 3 : Instigateurs des itinéraires thérapeutiques des ménages

Source: Données d'enquête, Septembre 2023

Dans l'ensemble, les instigateurs sociaux évoqués par les enquêtés sont de huit (8) catégories. On note 34 d'entre eux qui ont cité les deux parents d'un commun accord (37%), 24 enquêtés (24,3%) dont les mères décident uniquement des recours thérapeutiques, 21 enquêtés (23%) dont ce sont les grands-parents, 10 enquêtés (11,3%) qui ont évoqué le père uniquement, 2 enquêtés (1,8%)

qui ont cité les ASC et 3 enquêtés (0,9%) qui ont évoqué respectivement chacun la matrone, la belle-mère et le leader religieux. Cette analyse démontre que majoritairement les itinéraires thérapeutiques, en cas de maladies liées à la malnutrition chez les enfants, chez le peuple Kouya de Vavoua, sont décidés par la famille. Toutefois, il existe certains cas qui ne dépendent pas des parents des enfants. C'est le cas des mères qui prennent les responsabilités relatives aux choix de santé des enfants toute seule en raison de l'indisponibilité du père de l'enfant. Selon K, A, 23 ans, mère d'enfant de 7mois à Dema :

Mon mari n'est jamais en place donc je soigne les enfants selon mes moyens. Quand ils sont malades, je paie les médicaments de la rue des femmes pour le soigner. C'est lorsqu'ils ne guérissent pas, que je suis obligée de trouver l'argent pour les envoyer chez le docteur.

Aussi, dans d'autres cas, ce sont les grands-parents qui dictent la conduite à suivre pour les enfants. G, S, 19 ans, mère d'enfant de 24 mois à Bonoufla nous explique :

C'est mon premier enfant donc je ne sais rien de ce qu'il faut donner à un bébé. Ce sont mes parents qui dictent les chemins à suivre parce que ce sont les guides de nos traditions. Ils disent que la vaccination et les médicaments de l'hôpital chauffent trop le corps de l'enfant donc ils préfèrent les médicaments traditionnels pour rendre l'enfant solide. Moi je les regarde faire seulement, (rire).

Ce qui signifie, à travers les propos de cette enquêtée, que la latitude est laissée aux grands-parents du bébé pour le choix de tout ce qui concerne l'alimentation et la santé de son enfant.

3. Discussion

Cette étude a pour objectif d'analyser le syncrétisme thérapeutique de la communauté Sokuya de Vavoua en contexte de maladies associées à la malnutrition des enfants. Les résultats mettent en évidence un niveau élevé de morbidité avec un recours important des populations aux centres de soins non conventionnels en première intention. Ils donnent des indications intéressantes qu'il importe de discuter.

3.1. Premier groupe d'itinéraires thérapeutiques et motivations sociales

Les résultats de ce travail ont révélé que le tradithérapeute (62%), le guide religieux (5%) et les produits médicaux de qualités inférieures et falsifiées (5%) constituent le premier groupe de l'itinéraire thérapeutique des enquêtés. Les motivations sociales sont en lien avec les habitudes liées aux soins traditionnels (51%), les difficultés financières pour payer les soins de la médecine moderne (27%) et les prénotions liées à l'inefficacité des médicaments de la médecine moderne (22%).

Ils sont discutables avec ceux de Y. P. Yao et al. (2009) qui ont démontré que 45,5% des sujets mettaient plus d'un à cinq ans avant de consulter un centre de santé, 20,5% avaient choisi en première intention les séances de prière dans les églises, 18,2% avaient consulté chez les tradithérapeutes et 13,6% avaient eu recours à des féticheurs ou des marabouts. C'est l'occasion de rappeler que, contrairement à notre étude où nous sommes allés en communauté pour rencontrer les enquêtés, celle de Yao et ses collaborateurs était une étude prospective à visée analytique qui a consisté à recenser les patients reçus en consultation. Selon les auteurs, la raison

la plus évoquée pour justifier le choix de ces centres étaient la conception de la maladie par la famille des sujets. Dans le même sens, ces résultats sont discutables avec ceux de N. Keith et M. Koné (2007). Ils ont démontré qu'au Niger, les femmes sollicitent les services des marabouts à la naissance de l'enfant afin de bénir l'enfant et de fournir des conseils si nécessaire. Ils jouent essentiellement un rôle religieux, mais également curatif et préventif.

3.2. Deuxième catégorie d'itinéraires thérapeutiques et motivations sociales

Le principal recours du deuxième groupe d'itinéraires thérapeutiques (70%) de la communauté Sokya de Vavoua consiste à se diriger vers le centre de santé. La non résolution du problème par le point de départ de l'itinéraire thérapeutique et la gravité de la maladie de l'enfant constituent les motivations sociales évoqués par les enquêtés. Ces résultats semblent s'éloigner de ceux trouvés par J-B. K. Mbeva et al. (2021). Dans leur étude, ils ont démontré que 32% de la patientèle de Goma recourt de manière exceptionnelle à une structure formelle médicalisée pour le deuxième recours. Par contre, les résultats de l'étude réalisée par P. P. Nkoma (2015), au Cameroun sont similaires aux nôtres. Selon l'auteur, s'agissant des itinéraires thérapeutiques des malades, l'automédication représente 51,9% des premières intentions de recours médical en cas de maladie, contre 42,1% pour le recours aux soins médicaux. Le motif également évoqué par l'auteur était semblable à celui de notre étude : les populations recouraient à la médecine moderne lorsque la maladie était perçue comme trop grave.

3.3. Instigateurs sociaux des itinéraires thérapeutiques

Dans un contexte de lutte contre la malnutrition, les résultats de notre étude ont démontré que les instigateurs sociaux des itinéraires thérapeutiques des soins des enfants de 0 à 5 ans, sont : les deux parents d'un commun accord (37%), les mères uniquement (24,3%), les grands-parents du bébé (23%), le père uniquement (11,3%), les ASC (1,8%) et respectivement la matrone, la belle-mère et le leader religieux (0,9%). Ces résultats sont discutables avec ceux de S. Kpatchaa (2022). Dans son étude réalisée au Togo, l'auteur a révélé que les femmes uniquement décident et accompagnent le plus souvent leurs enfants dans les services de santé et jugent de la pertinence et de l'efficacité des services rendus par la médecine. Approximativement, les résultats des travaux effectués par N. Keith et M. Koné (2007) ont démontré également que les femmes sont celles qui sollicitent les services des marabouts à la naissance des enfants afin de le bénir et de fournir des soins nécessaires en cas de maladies. Les marabouts jouent dans ce cas un rôle religieux, mais curatif et préventif si la femme demande à être aidée et rassurée.

Conclusion

La conception de la malnutrition est l'une des raisons les plus évoquées chez le peuple Sokuya de Vavoua comme influençant l'orientation thérapeutique. La vision de l'origine traditionnelle de la maladie reste toujours vive. En outre, la présente étude a permis d'identifier les itinéraires thérapeutiques, de cerner les motifs des deux choix de ces itinéraires thérapeutiques et d'identifier les instigateurs de ces choix. La majorité des enquêtés a eu recours en première intention à des centres de soins non conventionnels. C'est à la suite, qu'ils décident de se diriger vers la médecine moderne, lorsque l'automédication n'a pas pu régler le problème ou que la maladie chez l'enfant soit devenue grave. Les instigateurs de ces choix sont majoritairement les parents et les grands-parents des enfants.

Les résultats de la présente étude montrent la nécessité de prendre en compte les motivations de l'option de départ de l'itinéraire thérapeutique, du peuple Sokuya, tournée vers les voies autres que le centre de santé dans les actions de Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC).

Références bibliographiques

1. Bibliographie

GUMUCHIAN Hervé et MAROIS Claude, 2018, «Initiation à la recherche en géographie, Aménagement, développement territorial, environnement, Chapitre 6 : Les méthodes d'échantillonnage et la détermination de la taille de l'échantillon», in *Thématique Sciences sociales*, Presses de l'Université de Montréal, p. 265-294.

KEITH Nancy et KONÉ, Mariatou, 2007, «Etude sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques des communautés/ populations vis-à-vis de la nutrition, des soins primaires de santé pour la femme enceinte et le nourrisson, l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement, l'accès aux soins de santé pour le jeune enfant dans la région de Maradi au Niger», Rapport final.

KPATCHAA Songhai, 2022, «Itinéraires thérapeutiques des patients dans un contexte de défaillances du marché de soins au Togo», in *Santé Publique 2022/4 (Vol.34)*, p. 527-536.

MBEVA Jean-Bosco Kahindo et al., 2021, «Patient itinerary in Africa settings : Goma city case in the east of the Democratic Republic of Congo», *International Journal of Innovation and Scientific Research*, ISSN 2351-8014 Vol. 53 No. 1 Feb. 2021, p. 85-97.

MBOUMBA Hugues Arnaud, 2010, «Facteurs explicatifs de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans au Gabon», Master professionnel en démographie, institut de formation et de recherche démographiques, Université de Yaoundé II.

MOSCOVICI Serge, 1976, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF.

N'DA Paul, 2015, *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines-Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*, Paris, L'Harmattan

NKOMA Paul Pouhe, 2015, « Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : les déterminants du recours à l'automédication. 7ème Conférence sur la Population Africaine : Dividende démographique en Afrique : Perspectives, Opportunités et Défis », Afrique du Sud, Johannesburg.

PHILIPPE De Carlos, 2015, «La représentation : un concept emprunté à la psychologie sociale», Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation -Chapitre1, p. 33-67, Laboratoire École Mutation Apprentissage, École doctorale Droit et Sciences Humaines, Université de Cergy-Pontoise.

YAO Patrice Yavo et al., 2009, «Itinéraires thérapeutiques des schizophrènes à Abidjan», in *L'information psychiatrique (Info PSY)*, Vol. 85, N° 5 - MAI 2009, p. 461-469 Éditions John Libbey Eurotext.

2. Rapports d'organisations

Institut National de la Statistique (INS), 2017, « Enquête par grappes à indicateurs multiples », Rapport des Résultats clés. Abidjan, Côte d'Ivoire.

Institut National de la Statistique (INS), 2022, « Recensement général de la population et de l'habitat- Côte d'Ivoire 2021 », Résultats globaux.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2000, « General guidelines for methodologies on reserch and evaluation of traditionnel medecine, Ed. Word health organization », Geneva 2000, (version anglaise).

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2017, « Dispositif des États Membres concernant les produits médicaux de qualité inférieure/faux/ faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits » Rapport du Directeur général (A70/23).

Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) - Fonds international de développement agricole (FIDA) - Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Programme Alimentaire Mondial (PAM) - Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), 2022, «L'État de sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde », Rapport annuel, <https://www.fao.org/newsroom/detail/un-report-global-hunger-SOFI-2022-FAO/fr>, (05.11.2022).

Politique Nationale de Nutrition (PNN), 2020, « Rapport Final Analyse des Politiques et Stratégies Sectorielles », Nutrition_CI_010920.

Programme des Nations Unies pour l'environnement (UNEP), (15/0), 2016, « Liste finale des indicateurs proposés pour les objectifs de développement durable », Annexe IV, p. 43-68, Disponible à l'adresse suivante : <http://hdl.handle.net/20.500.11822/11097> (25 mars 2021).