

Itinéraire thérapeutique des enfants en milieu rural dans le Ferlo au Sénégal Therapeutic itineraries among children living in rural area, Ferlo, Senegal

Sougou NM¹, Faye PM.², Leye MMM.¹, Bassoum O.¹, Diongue M.¹, Tine JA.¹, Niang K.¹, Faye A.¹, Seck I.¹, Tal-Dia A.¹

¹Département de Médecine préventive et Santé Publique, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

²Chaire de Pédiatrie de Dakar, Université Cheikh Anta Diop, Dakar Sénégal

Auteur correspondant : Ndèye Marème Sougou , email : nmsougou@hotmail.com , Institut de Sante et Développement BP 16390-Dakar Fann

Résumé

Introduction : Au Sénégal, la recherche des soins chez les enfants malades est intimement liée à une intense pratique des soins à domicile et un faible recours aux structures sanitaires. L'objectif de cette étude était d'analyser les recours thérapeutiques dans un milieu traditionnel rural dans le Ferlo au Sénégal.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à visée analytique conduite sur des enfants vivant en milieu rural peul à Widou thiengholi dans le Ferlo, Sénégal en Mai 2017. Les mères avaient été interrogé sur l'itinéraire thérapeutique choisi en cas de maladie chez les enfants. Nous avons inclus dans cette étude 173 enfants âgés de 6 à 59 mois.

Résultats : Les mères avaient recours en première, deuxième et troisième intentions respectivement à l'automédication (61.8%), le poste de santé (84.1%) et le poste de santé (84.7%). Le choix préférentiel de l'automédication comme premier recours était lié à la perception que l'automédication était moins cher ($p=0,01$, OR=2,37 [1,17-1,46]) que les autres types de recours. Le fait d'habiter à moins de 30 min de la structure de santé la plus proche ne favorisait pas l'automédication ($p=0,01$ OR=0,27 [0,09-0,78]). Le choix préférentielle du poste de santé en derniers recours de soins était lié à l'âge de la mère de 15 à 19 ans ($p=0,0008$, OR=0,18 [0,07-0,47]) et la nature du groupe organisateur de thérapie (le père a un impact positif sur le choix du poste de santé comme 3ème recours ($p=0,004$, OR=4, IC= [1,4-11,23]). La familiarité avec l'agent de santé avait un impact positif sur le choix du poste de santé en 3ème recours ($p=0,005$, OR=3,75 IC= [1,47-9,54]).

Conclusion : Cette étude a permis de montrer que l'automédication est le premier recours aux soins chez l'enfant en milieu rural. L'accessibilité géographique de la structure de soin était l'un des déterminants du choix de l'automédication comme première étape de l'itinéraire thérapeutique. Cette étude permet ainsi de souligner l'importance de la diversité et la qualité de l'offre de soins moderne en milieu rural au Sénégal.

Mots-clés : enfant-itinéraire thérapeutique-milieu rural, Sénégal

Abstract

Introduction: In Senegal, the search for care for sick children is intimately linked to intense home-care practice and weak use of health facilities. The aim of this study was to analyze therapeutic itineraries in a traditional rural setting in Ferlo, Senegal.

Methods: It was a cross-sectional, descriptive and analytical study of children living in rural Fulani at Widou Thiengholi in Ferlo, Senegal in May 2017. Mothers were asked about the chosen therapeutic route in case of illness among children. We included in this study 173 children aged 6 to 59 months.

Results: Mothers used first, second and third intentions respectively self-medication (61.8%), health post (84.1%) and health post (84.7%). The preferred choice of self-medication as a first resort was related to the perception that self-medication was cheaper ($p = 0.01$, OR = 2.37 [1.17-1.46]) than other types of remedies. Living less than 30 minutes from the nearest health facility did not promote self-medication ($p = 0.01$ OR = 0.27 [0.09-0.78]). The preferred choice of the health post as the last resort of care was related to the age of the mother aged 15 to 19 ($p = 0.0008$, OR = 0.18 [0.07-0.47]) and the type of the

therapy organizing group the father has a positive impact on the choice of the health post as a third referral ($p = 0.004$, $OR = 4$, $IC = [1.4-11.23]$). Familiarity with Health workers had a positive impact on the choice of the third-level health post ($p = 0.005$, $OR = 3.75$ $IC = [1.47-9.54]$).

Conclusion: This study has shown that self-medication is the first resort to child care in rural areas. The geographical accessibility of health structure was one of the determinants of the choice of self-medication as a first step in the therapeutic itinerary. This study highlights the importance of the diversity and quality of modern health care offer in Senegal rural area.

Keywords: child-therapeutic itinerary-rural- Senegal

INTRODUCTION

Au Sénégal, la recherche des soins chez les enfants malades est intimement liée à une intense pratique des soins à domicile et un faible recours aux structures sanitaires [1]. Dans le rapport AGVSAN, chez la plupart des enfants vivant dans les villages au Sénégal, la prise en charge initiale débute par une automédication au détriment de l'utilisation des structures de santé [2].

En Afrique noire contemporaine, on retrouve un large éventail de recours thérapeutiques parmi lesquels l'automédication tient une place importante à travers les pratiques populaires de soins dont les principaux acteurs sont les mères, les pères, les grands-mères et grands-pères [3].

Le succès du pluralisme thérapeutique en Afrique contribue à la crise des systèmes de santé [4]. Selon certains auteurs, il n'existe pas de modèle unique d'itinéraire thérapeutique et que les stratégies des patients sont très diverses [5].

Le concept d'itinéraire thérapeutique décrit concrètement la construction des choix thérapeutiques à partir des différents parcours que suivent les malades et leurs familles [6]. L'espace thérapeutique est l'ensemble des groupes, ressources, pratiques, savoirs, représentations, et symboles dont dispose toute société pour faire face au problème de l'entretien de la vie et de son maintien dans un but implicite ou explicite de bien-être ou de santé [7].

Les mécanismes de décision de recours thérapeutique sont collectifs et impliquent un «

groupe de décideurs » qui va apprécier la nécessité du recours et la nature de celui-ci et/ou financer ce recours. Ce « groupe de décideurs » varie dans sa taille et sa composition selon le contexte social, la structure familiale, la maladie, la somme à mobiliser, ou encore la place du malade dans la famille, l'autonomie financière du malade ou de la mère de l'enfant [8]. Très peu d'études ont été rapportées sur les recours aux soins chez les enfants en milieu rural en Afrique.

L'objectif poursuivi par cet article était de décrire les itinéraires thérapeutiques et leurs déterminants chez les enfants de 6 à 59 mois dans un milieu traditionnel rural dans le Ferlo au Sénégal.

MÉTHODOLOGIE

Cadre de l'étude

L'étude a été conduite à Widou Thiengholi en Mai 2017. Widou Thiengholi est un observatoire homme-milieu siège de l'implantation de la grande muraille verte. Widou est une zone essentiellement rurale où la plupart des habitants sont des nomades peuls. Widou se trouve dans la commune de Tessekéré dans le département de Linguère, région de Louga au Sénégal. Ce département se trouve dans le district sanitaire de Dahra qui couvre une superficie de 6980 km². On y trouve un climat est de type soudano-sahélien. Il n'existe pas de cours d'eau mais on y retrouve la revitalisation de la vallée fossile qui donne un aspect nouveau du paysage sur 55 km. Au niveau du forage de Widou Thiengoly, se trouve une station de pompage dont bénéficie la communauté rurale qui est entièrement pastorale.

Type d'étude

Nous avons fait une étude transversale descriptive à visée analytique

Echantillonnage

A Widou, la population infantine était estimée à 988 (19% de 5200 personnes vivants à Widou). Dix-neuf pourcent (19%) était la taille de la population infantine au Sénégal. A Linguère, département, la prévalence de la malnutrition est de 12,3% selon l'enquête SMART. Le choix de la prévalence comme critère de jugement de l'échantillonnage réside dans le fait que la malnutrition est le principal facteur de morbidité chez les enfants de 6 à 59 mois au Sénégal. Elle est associée à 50% des autres facteurs de morbidité chez les enfants. Selon la formule d'échantillonnage simple, nous estimons à 173, le nombre d'enfants inclus dans l'étude. En prenant en compte le nombre de non-répondants, l'échantillonnage total est de 170 enfants. Le questionnaire a été administré à la mère de chaque enfant inclus dans l'échantillonnage.

Collecte des données

La collecte des données a été faite en 2017 par trois enquêteurs parlant la langue locale de la zone qui est le fulbé. Les questions concernant les itinéraires thérapeutiques ont ainsi été posées aux mères en fulbé.

Analyse des données

L'analyse des données a été faite grâce au logiciel R studio version 3.1.3. La première étape a été une description des différentes variables quantitatives et qualitatives collectées en termes de paramètres de position (moyennes, fréquences) et de paramètres de dispersion (écart type, modes). La deuxième étape concernait les analyses bi-variées et multi-variées. Le test du Khi2 a été utilisé pour la comparaison de deux proportions. Il était significatif lorsque p était inférieur à 0,05.

RÉSULTATS

Caractéristiques sociodémographiques de la population

L'âge moyen des mères était de 28,1 +/- 8,01 ans, l'âge moyen des pères était de 38,35 +/- 9 ans. La majorité des mères étaient mariées (98,8%). La majeure partie des enfants avaient entre 24 et 60 mois (72,94%).

Quatre-vingt-deux pourcent de l'échantillon mettait plus d'une heure pour rejoindre la structure de santé la plus proche (voir tableau 1).

Tableau 1 : Description du temps mis pour rejoindre la structure de santé la plus proche

Temps mis pour rejoindre la structure Santé	Fréquence	Pour cent %
1-Moins de 30 minutes	18	10,65
2- Entre 30 min et 1 heure	12	7,10%
3- 1 heure	22	13,02%
4-Plus de 1 heure	65	38,46%
5-Plus de 2 heures	53	30,77%

La mère décidait des soins chez l'enfant dans 56,5% des cas (tableau 2). Dans la plupart des cas (77,6%), il y avait une discussion dans la famille sur le choix thérapeutique. Cette discussion concernait surtout le père dans 90,9% des cas. Les soins étaient payés par les pères dans 87,6% des cas (voir tableau 2).

Tableau 2 : Description du groupe organisateur de thérapie

Parcours thérapeutiques	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Qui décide que l'enfant doit être soigné		
Mère	96	56,5
Père	77	45,3
Grand-mère	8	4,7
Grand père	1	0,6
Discussion sur où amener l'enfant		
Oui	132	77,6
Non	38	22,4
Discussion avec qui		
Père	120	90,9
Mère	23	17,4
Grand-mère	19	14,4
Grand-père	2	1,5
Qui paie les soins de l'enfant		
Père	149	87,6
Mère	17	10,0
Grand-mère	9	5,3
Grand père	3	1,8

Dans la plupart des cas (61.8%), le premier recours au soin était l'automédication. En deuxième recours, le poste de santé était le plus utilisé (84.1%). Au troisième recours de soins, on retrouvait respectivement comme intention de soins le poste de santé (84.7%) et l'hôpital (23.5%) (Voir tableau 3).

Les recours considérés comme les moins chers selon les enquêtées étaient respectivement le poste de santé (47.1%), l'automédication (30.6%) et le tradipraticien (17.6%) (Voir Tableau 4). Les mères signalent que les recours les plus efficaces sont les postes de santé (89.4%). Quarante-vingt-quinze pourcent des enquêtées (95.3%) affirment l'efficacité de plusieurs recours (tableau 4).

Tableau 3: Description des itinéraires thérapeutiques

	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Premier recours en cas de maladie		
Automédication	105	61,8
Poste de santé	60	35,3
Tradipraticien	5	2,9
Deuxième recours en cas de maladie		
Poste de santé	143	84,1
Tradipraticien	18	10,6
Automédication	6	3,5
Hôpital	3	1,8
troisième recours		
Poste de santé	144	84,7
Hôpital	40	23,5
Tradipraticien	33	19,4
Case de santé	1	0,6

Tableau 4 : Description des perceptions par rapport au type de recours

Parcours thérapeutiques	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Recours le moins cher		
Poste de sante	80	47,1
Automédication	52	30,6
Tradipratien	30	17,6
Hôpital	3	1,8
Non renseigné	5	2,9
Recours le plus efficace		
Poste de sante	152	89,4
Tradipratien	2	1,2
Hôpital	8	4,7
Non renseigné	8	4,7
Efficacité plusieurs recours		
Oui	162	95,3
Non	4	2,4
Non renseigné	4	2,4

Au premier recours, une préférence de l'automédication comme recours thérapeutique (61.8%) était noté. Elle était suivie du poste de santé (35.3%) puis du recours au tradipraticien (2.9%). Le choix de l'automédication était

influencé par la perception que l'automédication était moins cher $p=0,01$, $OR=2,37$ [1,17-1,46] que les autres types de recours thérapeutique (voir tableau 5). Le fait d'habiter à moins de 30 min de la structure de santé la plus proche est un facteur protecteur de l'utilisation de l'automédication comme premier recours au soin chez les enfants $p=0,01$ $OR=0,27$ [0,09-0,78].

Au deuxième recours, les mères avaient recours en première, deuxième et troisième intentions respectivement au poste de santé (84,1%), le tradipraticien (10,6%) et l'automédication (3,5%). Il n'y avait pas de déterminants à la préférence du choix du poste de santé.

Au troisième recours, les mères avaient recours en première, deuxième et troisième intentions

respectivement le poste de santé (84,7%), l'hôpital (23,7%), le tradipraticien (19,4%). Le choix préférentielle du poste de santé était lié à l'âge de la mère de 15 à 19 ans $OR=0,18$ [0,07-0,47]. Les facteurs associés au choix du poste de santé lors du 3^{ème} recours aux soins était la perception que l'automédication était moins chère que les autres types de recours $p=0,013$, $OR=4,05$ [1,15-14,20], le fait que le leader du groupe organisateur de thérapie soit le père a ($OR=4$, $IC=$ [1,4-11,23]), la familiarité avec l'agent de santé $OR=3,75$ $IC=$ [1,47-9,54] et le temps mis pour rejoindre la structure sanitaire (entre 1 et 2 heures) $OR=2,8$ [1,14-6,85] (Voir tableau 5).

Le fait que la mère soit le leader du groupe organisateur de thérapie avait un impact négatif sur le choix du poste de santé comme 3^{ème} recours ($OR=0,27$ [0,09-0,78]) (tableau 5).

Tableau 5: Analyse des facteurs associés aux recours aux soins de santé chez les enfants

Variables	Utilisation Automédication au premier recours			Utilisation Poste de santé au deuxième recours			Utilisation Poste de santé en 3ème recours		
	P	OR	IC	P	OR	IC	p	OR	IC
Sexe									
Masculin	Vs								
Féminin		0,47			0,18			0,48	
Age enfant									
6-24 mois	0,29			0,39			0,59		
Age mère									
15-19 ans	0,29			0,61			0,0008	0,18	0,07-0,47
20-35 ans	0,19			0,49			0,17		
Plus de 35 ans	0,36			0,46			0,046		
Transhumance									
Oui	0,1			0,12			0,14		
Perception cherté structure									
Automédication									
moins cher	0,01	2,37	1,17-1,46	0,37			0,013	4,05	1,15-14,20
Tradi-thérapie									
moins cher	0,04			0,63			0,08	0,26	0,1-0,69
Santé moderne									
moins cher	0,27			0,51			0,53		
Présence d'un groupe organisateur de thérapie									
Oui	0,42			0,47			0,025		
Leader du groupe organisateur de thérapie									
Père	0,22			0,023			0,004	4	1,4-11,23
Mère	0,38			0,031			0,008	0,27	0,09-0,78

Payeurs de soins						
Père	0,36		0,41		0,61	
Mère	0,07		0,61		0,11	
Perception efficacité de la structure						
Tradi-thérapie						
plus efficace	0,37		0,93		0,01	
Soin moderne						
plus efficace	0,37		0,93		0,01	
Perception Efficacité plusieurs recours						
Oui	0,1		0,85		0,47	
Familiarité avec l'agent de santé						
Oui	0,059		0,62		0,005	3,75 1,47-9,54
Présence structure dans la zone						
Oui	0,55		0,18		0,09	
Temps mis pour rejoindre la structure de santé la plus proche						
Moins de 30 min	0,01	0,27	0,09-0,78	0,15	0,27	
Entre 30 min et 1						
heure	0,36		0,46		0,56	
Entre 1 et 2						
heures	0,35		0,46		0,01	2,8 1,14-6,85
Plus de 2 heures	0,11		0,29		0,06	
Souscription à une mutuelle de santé						
Oui	0,16		0,84		0,11	
Existence gratuité de prise en charge sanitaire						
Oui	0,5		0,68		0,61	

DISCUSSION

Le choix thérapeutique est déterminé par des modèles cognitifs qui ont longtemps fait l'objet d'études [9]. Le premier recours thérapeutique est expliqué par des schémas de croyances assujetti au besoin exprimé et au rapport bénéfices et risques liés au traitement. Dans cette étude, le premier recours était le plus souvent l'automédication (61.8%). Au deuxième recours, le choix préférentiel comme recours thérapeutique était le poste de santé (84.1%), suivi du tradipraticien (10.6%) de l'automédication (3.5%).

Dans cette étude on se rend compte qu'au premier recours, la plupart des familles choisissent l'automédication comme 1^{er} recours thérapeutique (61.8%), suivi du poste de santé (35.3%) puis du tradipraticien (2.9%). En Afrique, de nombreuses études avaient pu montrer la prédominance de l'automédication

sur les autres types de traitement [10, 11]. Au Sénégal, des études avaient montré une intense pratique des soins à domicile et un faible recours aux structures sanitaires [1]. D'autres études avaient montré que l'auto-traitement étaient la première réponse au cas de maladies infantiles au Sénégal [12].

Le choix de l'automédication comme premier recours était lié à la perception que l'automédication était moins cher que les autres types de recours thérapeutique ($p=0,01$, $OR=2,37$ [1,17-1,46]). La cherté des médicaments du niveau communautaire influencerait l'attitude des patients envers le médicament [13]. Il peut s'agir d'une logique d'éviter les dépenses liées aux soins de santé, qui se traduit par une perception de la cherté des soins [14]. Cet état des choses impose de prendre en compte le contexte de pauvreté et de vulnérabilité des patients dans la mise en

place de traitement au niveau communautaire. Au Mali des études ont montré que la faiblesse des revenus des pauvres conduisait à réduire au strict minimum le recours aux centres de santé modernes et à privilégier des solutions alternatives telles que l'automédication et le recours à la médecine traditionnelle. Cet état des faits était lié à la perception que la médecine moderne coûtait chère [15]. Au Sénégal, les parents accordent habituellement crédit à la biomédecine mais leur précarité financière les prédispose à utiliser l'automédication au détriment de la structure de santé [12].

Dans cette étude, le fait d'habiter à moins de 30 min de la structure de santé la plus proche ne favorisait pas l'utilisation de l'automédication comme premier recours au soin chez les enfants $p=0,01$ $OR=0,27$ [0,09-0,78]. D'autres études avaient pu constater l'influence de l'accessibilité des structures de santé dans la définition des itinéraires thérapeutiques [15,16]. Ainsi au Mali, des études ont montré que l'accessibilité géographique des structures sanitaires influait sur le choix thérapeutique des patients [16].

L'approche collective dans la gestion de la santé infantile induit un long processus de décision, une confrontation des savoirs, qui favorisent l'auto-traitement [12]. Dans 77,6% des cas, il y avait une concertation familiale aboutissant à la décision thérapeutique.

Dans cette étude, au troisième recours il y avait une préférence comme recours thérapeutique du poste de santé (84.7%), suivi de l'hôpital (23.7%), puis du tradipraticien (19.4%). Cette préférence du système de soins modernes a été rapportée par d'autres études. Ces études concluaient que l'hôpital était souvent le dernier ressort lorsque les autres choix thérapeutiques n'avaient pas produit les résultats escomptés en termes de succès thérapeutique [14]. La perception que l'automédication était moins chère que les autres types de recours $p=0,013$, $OR=4,05$ [1,15-14,20] impactait positivement sur le choix du poste de santé

comme 3ème recours de soins pour l'enfant. Le temps mis pour rejoindre la structure sanitaire (entre 1 et 2 heures) avait un impact positif sur le choix du poste de santé comme 3ème recours $OR=2,8$ [1,14-6,85]. Le choix préférentiel du poste de santé au 3^{ème} recours était influencé par l'âge de la mère de 15 à 19 ans $OR=0,18$ [0,07-0,47]. Plus la mère était jeune, moins elle utilisait le poste de santé, cela même au 3ème recours.

Au Sénégal, l'amoindrissement du rôle des mères au profit de celui des grand-mères avait été souligné dans le recours à la décision thérapeutique chez les jeunes enfants [17]. En effet dans cette étude, il avait été prouvé que la grand-mère était souvent le leader du groupe organisateur de thérapie lorsque l'enfant était malade et que ces dernières étaient souvent à l'origine du retard au recours à la structure de santé. Dans cette étude, le leader du groupe organisateur de thérapie impactait sur le choix du poste de santé comme 3^{ème} recours. Ainsi, le fait que le leader du groupe organisateur de thérapie soit le père avait un impact positif sur le choix du poste de santé comme 3ème recours ($OR=4$, $IC= [1,4-11,23]$). Par contre le fait que la mère soit le leader du groupe organisateur de thérapie avait un impact négatif sur le choix du poste de santé comme 3ème recours ($OR=0,27$ [0,09-0,78]). Au Nigeria, des études ont montré que dans les systèmes patriarcal ouest-africain les décideurs des groupes organisateurs de thérapies étaient souvent les hommes et les vieilles femmes [18].

Dans cette étude, la familiarité avec l'agent de santé avait un impact positif sur le choix du poste de santé en 3ème recours $OR=3,75$ $IC= [1,47-9,54]$.

Une étude faite dans plusieurs pays de Afrique de l'Ouest avait montré que dans la relation soignant-soigné, cette familiarité avec l'agent de santé influait sur la qualité des soins. Les patients oscillaient entre la crainte d'être bien reçu et la recherche de médiateurs facilitant leur relation avec le personnel de santé [19].

Limites : Les limites de l'étude résidait dans l'approche réductrice du quantitatif dans l'explication des raisons du choix thérapeutique. Une enquête qualitative à travers une analyse des discours permettra d'apporter des clarifications dans les raisons des choix thérapeutiques des parents.

Ethique : Cette étude a eu l'approbation du comité d'éthique de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Référence: Protocole 074/2015/CER/UCAD).

CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en exergue l'importance de l'automédication qui reste le premier recours thérapeutique en cas de maladie de l'enfant en milieu rural. La diversité et la qualité de l'offre de soins moderne en milieu rural est l'un des déterminants de l'itinéraire thérapeutique en cas de maladie chez l'enfant au Sénégal.

RÉFÉRENCES

[1] Franckel A. "Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal. Le cas des enfants fébriles à Niakhar Sociologie. Université de Nanterre-Paris X, 2004. Français. <tel-00195109>"2004 ; thèse

[2] Rapport provisoire AGVSAN (2010): Principaux facteurs structurels de risque de la malnutrition en milieu rural au Sénégal. Kolda-Sédhiou-Matam-Diourbel-Fatick-Kedougou

[3] Yoro BM. Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien1 : approche méthodologique, Ph.D. Recherches qualitatives. 2012 ; 31(1) : 47-61.

[4] Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 1996 ; Paris: PUF;

[5] Fainzang S. La « maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina. In: Sciences sociales et santé. 3(3-4), Anthropologie, sociétés et santé. 1985 ; 105-128.

[6] Janzen, J. (1995). La quête de la thérapie au bas-Zaïre. Karthala Editions. 287 p

[7] Saillant F., "Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique". Revue Anthropologie et Sociétés, 1999 ; 23(2) : 15-39.

[8] Berche T. Anthropologie et santé publique en pays dogon par Thierry Berche. Préface de Jean-Pierre Olivier de Sardan, Paris, APAD-Karthala, 1998, 232 p, ISBN : 2-86537-814-4

[9] Petrie K J, Weinman J. Perceptions of Health and Illness. Harwood academic Publishers . 463p

[10] Abrahams N1, Jewkes R, Mvo Z.. Indigenous healing practices and self-medication amongst pregnant women in Cape Town, South Africa. Afr J Reprod Health. 2002 ;6 (2):79-86.

[11] Kalaiselvi S., Kumar G., Ramalingam A. Prevalence of self-medication practices and its associated factors in Urban Puducherry, India Journal List Perspect Clin Res. 2014;5(1) : 32–36

[12] Faye S.L., Lalou R., Adjamagbo A., Soigner les enfants exclusivement à domicile en cas de paludisme en milieu rural sénégalais: un effet de la pauvreté? African Population Studies 2004; 19 (2) : 221-240

[13] Amexo M., Tolhurst R., Barnish G., Bates A. Malaria misdiagnosis: effects on the poor and vulnerable. The Lancet. 2004; 364 (9448):1896-1898

[14] Espirito Santo E., Flourey B., Cissé M. Déterminants du recours aux soins dans la ville de Cotonou (Bénin). Bull World Health Organ. 1998; 76(2): 195–201.

[15] Commeyras C., Ndo JR., Merabet O., Kone H., Rakotondrabe FP., Comportement de recours aux soins et aux médicaments au Caméroun . 2006 ; 16 (1) : 5-12

[16] Coulibaly I., Keita B., Kuepie M., Les déterminants du recours thérapeutique au Mali : entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité géographique. Demographies et cultures. 2003 ; 223-240

[17] Aubel J., Toure I., Diagne M. Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: the guardians of traditions are not averse to change. Social Science & Medicine. 2004; 59: 945–959

[18] Makinwa-Adebusoye, P., Sociocultural Factors Affecting Fertility in SubSaharan Africa. Population Division, Dept. of Economic and Social Affairs. United Nations Secretariat. New York, 2001.

[19] Yannick Jaffré, « Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) », Bulletin de l'APAD [En ligne], 17 | 1999, mis en ligne le 04 octobre 2006, consulté le 04 octobre 2017. URL : <http://apad.revues.org/475>