

SociologieS

Expériences de recherche

La recherche en actes

Expériences de recherche

Appropriation d'un nouveau protocole antipaludéen au Sénégal

Le Traitement préventif intermittent (TPI) couplé au Programme élargi de vaccination (PEV)

Appropriation of a new antimalarial protocol in Senegal: Intermittent Preventive Treatment (IPT) coupled to Expanded Programme of Immunization (EPI)

SYLVAIN LANDRY FAYE, JEAN L. NDIAYE, SIDY BA ET OMAR GAYE

Résumés

FrançaisEnglishEspañol

Cet article documente le processus de mise en œuvre du Traitement préventif intermittent (TPI), une stratégie de prévention du paludisme dont l'administration est couplée au Programme élargi de vaccination (PEV) dans les services de santé, les réactions des prestataires, des populations et leurs facteurs explicatifs. Les résultats montrent que l'absence de connaissances adéquates à propos du TPI n'a pas empêché son appropriation par les communautés, dans la mesure où les perceptions lui accordent une valeur pratique et l'intègrent dans les besoins ressentis. C'est pourquoi les enfants ont reçu, dans la grande majorité, les médicaments administrés. Certains comportements en décalage s'expliquent plus par des contraintes, des insuffisances du système de santé et de vaccination que par un refus. Chez les prestataires de soins, l'information a été plus disponible du côté des infirmiers étatiques. Cependant, les processus de détournement et les attitudes d'indifférence étaient plus visibles chez ces derniers.

En définitive, l'utilité trouvée à la mesure, les contraintes des environnements professionnels et sociaux dans lesquels évoluent les prestataires, ont déterminé les types de comportements ou usages de cette dernière. Cela montre que l'innovation thérapeutique, au-delà de ses dimensions biomédicales et technologiques, est, une fois

soumise à application dans les services de santé, enchâssée dans des réalités professionnelles, individuelles qui influencent les conditions et les modalités de sa mise en œuvre et de son appropriation par les prestataires et les bénéficiaires.

This article documents the process of implementation of Intermittent Preventive Treatment, a strategy for preventing malaria whose administration is coupled to Extended Programme of Immunization in health services, feedback from providers, populations and their explanatory factors. The results show that the lack of adequate knowledge about IPT did not prevent its appropriation by communities, to the extent that perceptions give it practical value and include it in the felt needs. This is why children have received, in the vast majority, administered drugs. Some shift in attitudes can be explained more by constraints, shortcomings of the health and immunization system than a refusal. Among care providers, information was more available amongst state-recruited nurses. However, diversion processes and attitudes of indifference were more visible in the latter.

Ultimately, the utility found in the measure, the constraints of professional and social environments in which providers operate, have determined the types of behaviors or practices of the latter. This shows that therapeutic innovation, beyond its biomedical and technological dimensions, is, once subjected to application in health services, embedded in professional, individual realities that influence the conditions and modalities for its implementation and its appropriation by providers and beneficiaries.

Apropiación de un nuevo protocolo antipalúdico en Senegal: el Tratamiento Preventivo Intermitente (TPI) acoplado al Programa Ampliado de Vacunación (PAV)

Este trabajo documenta el proceso de aplicación del Tratamiento Preventivo Intermitente, una estrategia de prevención del paludismo cuya administración queda acoplada con el PEV en los servicios de sanidad, las reacciones de los suministradores de servicios, de las poblaciones y sus factores explicativos. Los resultados muestran que la ausencia de conocimientos adecuados a propósito del TPI no ha impedido su apropiación por las comunidades, en la medida en que las percepciones le dan un valor práctico y lo integran en las necesidades sentidas. Razón por la que los niños han recibido, en su gran mayoría, los medicamentos administrados. Ciertos comportamientos en desfase se explican más bien por unos imperativos, unas insuficiencias del sistema de sanidad y de vacunación que por una negativa. En los suministradores de servicios de tratamientos, la información ha sido más disponible para los enfermeros estatales. No obstante, los procesos de malversación y las actitudes de indiferencia eran más visibles en estos últimos.

En definitiva, la utilidad encontrada en esta medida, los imperativos de los ambientes profesionales y sociales en los que evolucionan los suministradores de servicios han determinado los tipos de comportamientos o usos de esta última. Eso muestra que la innovación terapéutica, más allá de sus dimensiones biomédicas y tecnológicas es, una vez sometida a aplicación en los servicios de sanidad, empotrada en unas realidades profesionales individuales que influyen las condiciones y las modalidades de su aplicación y de su apropiación por los suministradores de servicios y los beneficiarios.

Entrées d'index

Mots-clés : appropriation, innovation thérapeutique, paludisme, santé publique

Keywords : appropriation, therapeutic innovation, malaria, public health

Texte intégral

Dynamisme des mesures de lutte contre le paludisme au Sénégal

¹ Le paludisme est une maladie à propos de laquelle les mesures préventives, diagnostiques et curatives ont connu des changements fréquents au Sénégal

(Ndoye, 2009). Sur le plan curatif, la distribution de masse de la chloroquine à titre prophylactique durant la période de transmission a conduit à la pharmacorésistance *Plasmodium falciparum*. Celle-ci a été décrite, pour la première fois au Sénégal, précisément à Dakar et à Pikine en 1988 (Trape et al., 1998). Ce n'est qu'en 2006 que les autorités sanitaires vont recommander les combinaisons médicamenteuses à base d'artémisinine (ACT) : d'abord la combinaison Amodiaquine et Sulfadoxine Pyriméthamine SP a été utilisée comme une mesure transitoire. Ensuite, en 2007, celle artésunate + amodiaquine a été choisie comme une politique officielle. Cependant, les difficultés actuellement rencontrées par cette combinaison (en termes d'acceptabilité) suscitent des réflexions en cours pour son remplacement.

- 2 La résistance à la chloroquine a aussi conduit à une évolution des mesures préventives, avec un abandon de la prévention médicamenteuse et un renforcement des activités de protection individuelle et collective : les pulvérisations intra-domiciliaires d'insecticide, l'assainissement de l'environnement et des gîtes larvaires, la promotion de l'utilisation (et la ré-imprégnation) des moustiquaires imprégnées de longue durée (MILD). Ces mesures ont visé à protéger les groupes vulnérables que sont les femmes enceintes et les enfants. Pour les premières, le Traitement préventif intermittent (TPI) a été recommandé comme une stratégie officielle de prévention du paludisme pendant la grossesse ¹.
- 3 Le TPI est une stratégie préventive qui consiste en l'administration, à des périodes prédéfinies, de médicaments antipaludiques, à des doses thérapeutiques, dans le but de traiter et/ou de prévenir un accès palustre. Il a été adopté après la conférence d'Abuja (avril 2000) et classé comme une politique officielle avec l'ambition d'une couverture efficace d'au moins 60% chez les femmes enceintes. Sa mise en œuvre a révélé qu'il réduisait le risque d'anémie chez la mère, de parasitémie placentaire et d'insuffisance pondérale à la naissance. Parallèlement, des investigations ont été initiées dans quelques pays africains (Kenya, Tanzanie, Gambie, Sénégal, Malawi, etc.) pour l'expérimenter chez l'enfant (Schellenberg et al., 2001 ; Dicko et al., 2004). À ce titre, deux stratégies sont testées : le TPI chez l'enfant (TPI-e) administré pendant l'hivernage et le TPI chez les nourrissons (TPI-n) couplé au Programme élargi de vaccination (PEV).
- 4 Au Sénégal, le TPI saisonnier chez l'enfant est mis en œuvre depuis 2000, dans les districts sanitaires de Fatick (2000, 2008), de Tivaouane (2006), de Ndoffane ² (2007), de Mbour et de Bambey (depuis 2008). Il a consisté à donner durant trois jours successifs, une dose de TPI aux enfants de moins de cinq ans, pendant les trois mois de pic du paludisme (septembre, octobre, novembre), sous la responsabilité des relais communautaires ³. Les travaux de Barbara Cissé (Cissé *et al.*, 2006), Cheikh Sokhna (Sokhna *et al.*, 2008) au Sénégal et Alassane Dicko (Dicko *et al.*, 2008) au Mali suggèrent qu'il pourrait constituer une méthode efficace dans la réduction du fardeau du paludisme infantile. L'enjeu actuel est de démontrer que l'intervention est sûre, faisable, lorsqu'elle est incluse aux activités de routine des services de santé et acceptable par les bénéficiaires.
- 5 Le TPI chez le nourrisson couplé au PEV a consisté à administrer un demi-comprimé de Sulfadoxine Pyriméthamine lors du vaccin pentavalent 2, pentavalent 3 et rougeole-fièvre jaune. Expérimentée pour la première fois en Tanzanie en 2000, cette stratégie présentait un intérêt majeur : selon Clara Menéndez (Menéndez et al. (1997), si la chimioprophylaxie continue des nourrissons pouvait permettre une efficacité de la protection effective dans

60% des cas, l'arrêt de son administration exposait plus ces enfants au paludisme clinique. En revanche, il a été démontré que le TPI avait réduit de 59% l'incidence du paludisme chez les enfants tanzaniens qui en ont bénéficié durant leur première année de vie, et protégé 36% d'entre eux dans leur seconde année de vie (Schellenberg, 2001 et 2005). En outre, cette stratégie a utilisé la molécule sulfadoxine-pyriméthamine (SP) considérée comme efficace, sûre, facile à administrer (dose unique sous Traitement direct observé). Le TPI permet de prévenir le paludisme et de le guérir en cas d'infection. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la molécule est utilisée dans certains pays dans les combinaisons ACT. Cette spécificité conduit néanmoins à une certaine ambiguïté qui peut jouer sur la manière de se représenter les médicaments concernés ⁴.

6 À la suite de ces résultats encourageants, et pour accélérer son adoption, l'UNICEF, préoccupée par la survie de l'enfant, a mené une étude pilote dans six pays africains (de 2006 à 2008) : Madagascar, Bénin, Ghana, Malawi, Mali et Sénégal. Dans ce dernier pays, les données que nous présentons sont issues d'investigations anthropologiques visant à comprendre les processus d'appropriation de ce nouveau protocole antipaludéen (TPI) par les soignants et les parents d'enfants.

7 Selon Bruno Dujardin, il est souvent considéré que l'efficacité biologiquement prouvée, la sécurité d'une mesure sanitaire, la formation des prestataires et la sensibilisation communautaire suffisent pour induire des comportements conformes (Dujardin, 2003). Cependant, les échecs de projets de santé ont conduit à penser que l'innovation, pour qu'elle puisse s'implanter, doit aussi être appropriée par les acteurs (Brunson, 1996 ; Firey, 1960 ; Clawson, 1975). Les soignants, formés aux normes techniques, sont aussi des acteurs sociaux qui ont des points de vue, des attentes, des visions, des intérêts face à la mesure (Ndoye, 2009 ; Hane, 2007). Aussi, les parents d'enfants bénéficiaires du TPI peuvent avoir des doutes quant au médicament. Partant de ce constat, nous avons cherché à savoir comment les parents d'enfants et les soignants se sont appropriés l'innovation thérapeutique TPI, ainsi que la molécule SP. Quelles sont les rationalités de cette appropriation ?

8 Le TPI est pensé ici comme une innovation, car c'est une mesure qui a pour intention une action de changement et pour moyen, l'introduction d'un modèle d'administration dans un système préventif déjà structuré. L'appropriation peut être définie comme un processus d'usage qui renferme une action cognitive, comportementale (Bianchi & Kouloumdjian, 1986 ; Laulan, 1984). Elle peut être individuelle, mais aussi sociale car elle mobilise des savoir-faire et des savoir-être préexistants (Pool *et al.*, 2006). Dans ce travail, nous nous sommes inspirés de Philippe Breton et Serge Proulx (Breton & Proulx, 2002), ainsi que de Christelle Mallet (Mallet, 2002) en questionnant plus spécifiquement les dimensions suivantes :

- *les connaissances* : elles renvoient à la maîtrise des fonctionnalités de la technologie, aux savoirs relatifs à l'utilité de la mesure TPI assignés par les concepteurs (Mallein *et al.*, 1994) ou ses promoteurs ;
- *les représentations* : Il s'agit du « sens » que les acteurs attachent eux-mêmes à la mesure, pouvant se distinguer de la connaissance officielle diffusée par le promoteur de l'innovation ;
- *l'utilisation* : ce sont les modalités d'actions et de manipulations de la mesure ou de l'outil dans les pratiques effectives des soignants et communautés, ces dernières ne pouvant être déconnectées des contextes

dans lesquels elles s'inscrivent. Au niveau communautaire, l'utilisation a été mesurée en prenant en compte le comportement et les attitudes des parents face au soignant qui propose le médicament à leur enfant.

- 9 Ces trois dimensions montrent que l'appropriation est un processus d'usage de l'innovation articulé aux connaissances et aux représentations (Perriault, 1989). Cela nous a conduit à chercher à comprendre, une fois le TPI introduit, comment les usagers ont acquis la connaissance à son propos, quelles ont été leurs perceptions concernant cette stratégie, comment ils l'ont utilisée dans leurs pratiques réelles ? Quels facteurs peuvent expliquer les types d'usage de cette innovation thérapeutique ?

L'intervention TPI couplé au PEV : terrains, modalités, processus

- 10 Au Sénégal, le TPI chez le nourrisson couplé au PEV a été mené au sud du pays, dans les districts de Saraya, de Kédougou (nouvelle région de Kédougou) et de Vélingara (région de Kolda). Leurs régions d'appartenance se sont illustrées par des taux de mortalité infanto-juvénile (entre 182 et 205 pour 1000 naissances vivantes) au-dessus de la moyenne nationale (121 pour 1000) de 2005 (Enquête démographique et de santé IV, 2005). Beaucoup de facteurs de vulnérabilité y ont été identifiés tels que la forte prévalence des faibles poids de naissance, les maladies infantiles fébriles, la malnutrition aigue, la faible couverture en services pré et post-nataux.
- 11 Depuis 2002, le Ministère de la santé, en partenariat avec l'UNICEF, a développé la stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant (SASDE) afin d'améliorer ces indicateurs. Deux paquets d'activités intégrées ont été mis en place : a) la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) + Consultations prénatales (CPN) + TPI chez la femme enceinte ; b) le PEV+ Vitamine A et moustiquaires imprégnées. C'est dans ce dernier paquet que l'UNICEF a décidé d'introduire le TPI.
- 12 Le TPI nourrisson (TPI-n) est une stratégie qui a consisté à coupler l'administration de la SP au PEV de routine. Il s'est agi, à partir d'une cohorte de 12 000 enfants de 0 à 11 mois, de donner une dose de SP (1/2 comprimé) au moment des vaccins du 2^{ème} mois (Penta2), du 3^{ème} mois (Penta3) et du 9^{ème} mois (Rouvax). Tout enfant de moins d'un an vivant dans les districts d'intervention et fréquentant les services de vaccination pouvait bénéficier de ces médicaments.
- 13 Lors de la vaccination, l'agent de santé devait vérifier la date de naissance de l'enfant et contrôler si ce dernier avait reçu le Pentavalent 1. Il devait aussi rechercher des antécédents d'allergie aux sulfamides, les enregistrer dans le carnet s'ils étaient avérés et proscrire la prise de SP. Le cas échéant, il devait administrer la dose de SP en respectant le calendrier de vaccination. En outre, il était chargé de sensibiliser la mère sur la moustiquaire imprégnée, le respect du calendrier vaccinal, la surveillance d'éventuels effets secondaires et la conduite à tenir en cas de leur survenue.
- 14 L'intervention a duré 24 mois (de juillet 2006 à juin 2008). Elle a été accompagnée d'une documentation du processus et de la collecte de données sur la pharmacovigilance, le coût-efficacité, la faisabilité et l'acceptabilité de la mesure. Les investigations anthropologiques ont été menées durant

l'intervention, sous forme de visites à domicile. C'est aussi à l'occasion des formations, des séances de vaccination, des supervisions et des restitutions périodiques que les données ont été collectées et validées. L'équipe de recherche a effectué des séjours répétés d'un mois dans chacun des districts. Cette présence continue et l'implication dans le déroulement de l'intervention ont certes reposé la problématique classique de la neutralité axiologique du chercheur et celle de son utilité sociale. Néanmoins, on peut retenir qu'elles ont permis de documenter le processus, de restituer les observations au cours de la mise en œuvre, ce qui a contribué à éclairer et à réorienter les pratiques professionnelles et les décisions prises.

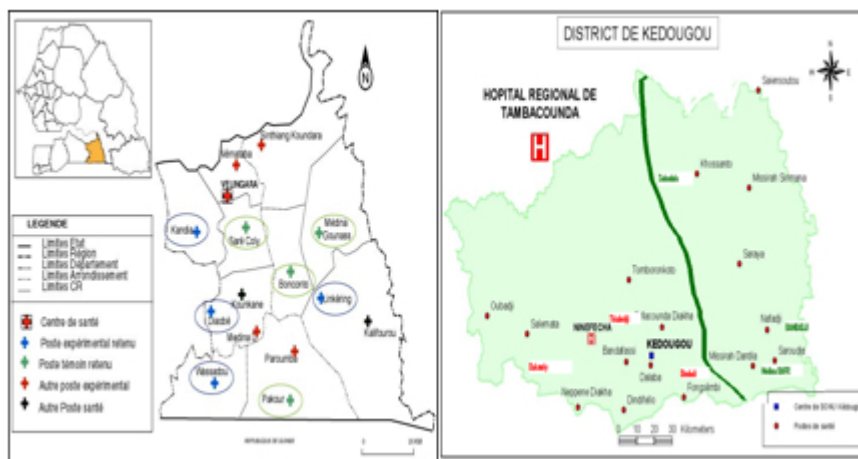
Saraya, Vélingara, Kédougou : des zones au profil épidémiologique palustre spécifique et aux caractéristiques socio-culturelles diversifiées

- 15 Les districts sanitaires de Vélingara, de Kédougou et de Saraya sont situés au sud-est du Sénégal, une zone de forte pluviométrie (entre 1000 à 2000 mm/an) et de transmission stable et pérenne du paludisme (EDS IV, 2005). Ils polarisent deux centres de santé, trente-deux postes de santé et se situent dans les régions les plus pauvres du pays et où la mortalité infanto-juvénile est élevée.
- 16 Vélingara (région de Kolda) couvre une superficie de 5 435 km², pour une population à majorité peulh ⁵ (93%), Wolof (3,7 %) et Maure (2,3 %). Cette population est à dominante musulmane (environ 95%, la plupart de la confrérie Tidiane ⁶). Le département de Vélingara possède d'énormes potentialités agricoles qui sont exploitées par deux sociétés agro-industrielles : la Société de développement agricole et industriel de l'Anambé (SODAGRI), et la Société de développement des fibres textiles (SODEFITEX). Pourtant, les activités économiques sont dominées par l'élevage et le commerce (marché international de Diaobé). Sur le plan sanitaire, le district comprend un centre de santé, quatorze postes de santé, quatorze maternités rurales, vingt-trois cases de santé fonctionnelles.
- 17 Kédougou et Saraya (actuelle région de Kédougou) sont frontaliers au Mali et à la Guinée. La pluviométrie annuelle moyenne est de 1 400mm d'eau. Mais, du fait d'une grande fluctuation du niveau de l'eau du fleuve Gambie entre la saison sèche et la saison des pluies, il existe un réel problème d'accès à cette ressource durant la saison sèche. Ces départements sont aussi enclavés car il n'existe que deux axes routiers : Saraya-Kédougou et Kédougou-Tambacounda ⁷. Le reste des voies de communication est constitué de pistes peu praticables durant l'hivernage.
- 18 La population, très hétérogène, est dominée par des groupes ethniques tels que les Peulh (41%) et les Malinké (34%). Mais, on y trouve aussi des groupes particuliers tels que les Bassaris, les Bédiks et les Diakhankés (20%). L'économie repose essentiellement sur l'agriculture (culture du maïs, coton, arachide) et sur l'élevage. À côté de la SODEFITEX, auparavant la seule société industrielle fournisseuse d'emploi, il y a eu un regain d'activités depuis le début

des années 2000 autour de l'exploitation des ressources du sous-sol (fer, uranium et or). Pourtant, cela n'empêche pas que cette région soit considérée comme la plus pauvre, du fait de la crise agricole et de l'intervention limitée du secteur privé d'aide au développement à cause de l'enclavement de la zone (IPDSR, 2009). L'offre de services sociaux de base, dans les domaines de l'éducation, la santé, l'emploi, l'eau potable et l'assainissement, est encore loin de couvrir la demande des populations.

19 Sur le plan sanitaire, les deux districts sanitaires de Saraya et de Kédougou polarisent respectivement six et douze postes de santé (dont un poste de santé public urbain, un dispensaire privé catholique et un dispensaire militaire). Il existe au niveau du village de Nénéfécha un hôpital moderne disposant de tout le plateau technique moderne, mais dont la fréquentation reste encore faible, malgré les facilités offertes aux communautés (transport, réduction du coût des soins...).

Figure 1 : Districts d'intervention du TPI au Sénégal



20 Les districts sanitaires étant constitués de plusieurs postes de santé à Kédougou et Vélingara (une douzaine), nous avons inclus pour chaque district la moitié des postes, en fonction des critères suivants : type de service de santé (centre ou poste), taux de couverture vaccinale (faible, moyen, élevé). Tous les postes du district de Saraya ont été visités (six). Ensuite, dans chaque poste de santé sélectionné, quelques villages ou localités ont été inclus en fonction de la couverture vaccinale. Les groupes stratégiques concernés ont été les prestataires de soins (infirmiers, agents de santé communautaire, relais communautaires et matrones) et les parents des enfants (père, mère, grands-parents).

21 Nous avons utilisé à la fois des outils quantitatifs (questionnaires « Connaissances, attitudes, pratiques ») et qualitatifs (observations directes, entretiens individuels semi-approfondis, *focus groups*). La collecte a été menée à différents moments de l'intervention sanitaire : une enquête de base par questionnaire ⁸ pour connaître la situation de référence ; une documentation du processus de mise en œuvre (entretiens sur les perceptions, attitudes des prestataires et bénéficiaires relatives au TPI-n ⁹ ; questionnaire d'évaluation des activités de communication à mi-parcours ¹⁰, observation directe de l'administration du TPI) ; une enquête d'évaluation finale (entretiens avec les infirmiers et des *focus-group* avec les mères de famille, les relais communautaire-ASC sur l'appréciation du projet TPI, questionnaire ¹¹).

Connaissance du TPI-n couplé au PEV et perceptions des prestataires et bénéficiaires

Dans les différents villages concernés par les investigations

- 22 Le niveau de connaissances à propos du TPI-n est resté moyen, avec une évolution au cours de la mise en œuvre : à mi-parcours, 27,2 % des parents (sur un total de 1 200 enquêtés) avaient déjà entendu parler du TPI, par le biais des radios communautaires et des causeries avant la vaccination. À la fin, les taux étaient de 65,8 % (65,9 % à Kédougou et 65,7 % à Vélingara) sur un total de 1 068 individus. Plus précisément, cette connaissance était meilleure à Kédougou/Saraya où près de 2/3 des femmes étaient informées.
- 23 Toutefois, l'objectif en termes de communication n'était pas atteint : parmi ceux qui en avaient déjà entendu parler, la plupart (environ 83 %) savait que c'est un moyen de prévention contre le paludisme, administré au centre/poste de santé, à l'occasion du PEV. Cependant, pour 5% de cette catégorie, le TPI se donnait au moment des journées nationales de vaccination, différentes du PEV. Aussi, près de la moitié ne savait pas que l'enfant devait recevoir les médicaments en trois doses, en même temps que les vaccins. Elle ne connaissait pas non plus le nombre de contacts nécessaires pour une administration complète du TPI. Selon les régions, on peut noter que c'est surtout à Vélingara que la connaissance des modalités d'administration de la mesure a été meilleure.
- 24 En outre, si les parents savent que le médicament (SP) que reçoivent leurs enfants permet de les protéger contre le paludisme, il est parfois confondu avec la chloroquine, le paracétamol ou les Combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) utilisées pour le traitement des formes de paludisme simple. Cette confusion est entretenue par le fait qu'ils ont l'habitude de donner ces médicaments à leurs enfants après la vaccination pour faire baisser la fièvre. La SP associée à l'amodiaquine a aussi été utilisée de 2006 à 2007 comme une mesure transitoire de traitement du paludisme.
- 25 Cette situation généralisée de faible connaissance du TPI couplé au PEV s'explique par le peu d'activités de communication ayant accompagné son introduction dans les différents districts. La stratégie utilisée s'est focalisée sur la communication de masse, les discussions avant la séance de vaccination et le plaidoyer auprès des leaders communautaires. Or, ces derniers n'ont pas toujours fait circuler l'information auprès des villageois (Kédougou). En outre, les activités de masse, du fait de leur caractère ponctuel et impersonnel, n'ont pas réussi à diffuser toutes les informations nécessaires sur le TPI. Enfin, les causeries avant les séances de vaccination, à cause de leur durée limitée (cinq à dix minutes), de la pluralité des messages sanitaires échangés et de la faible focalisation sur le TPI couplé au PEV, n'ont pas été d'un apport décisif pour la connaissance de la mesure. Les infirmiers étant plus préoccupés par les activités nombreuses à effectuer (vaccinations, CPN, santé de la reproduction, pesage des enfants, nutrition, etc.) sont allés vite dans la sensibilisation, les femmes n'ayant presque pas eu la possibilité de poser des questions. Pourtant,

le TPI est une nouveauté à propos de laquelle le besoin se fait sentir de mieux expliquer les enjeux et les modalités de son administration.

Chez les prestataires de soins au niveau des services de santé des zones enquêtées

26 On a identifié deux catégories d'infirmiers qui sont, en principe, responsables de la mise en œuvre du TPI : les infirmiers recrutés par la fonction publique avec une expérience conséquente (les moins nombreux) et les contractuels, assez jeunes. Le district de Kédougou a disposé du plus grand nombre d'infirmiers d'état : sur neuf postes de santé publics, six ont été gérés par des fonctionnaires étatiques. Saraya comptabilisait cinq contractuels parmi les six infirmiers chefs de poste. Ceci révèle des distinctions et des inégalités en termes de dispositifs sanitaires que nous ne discutons pas dans le cadre de cet article.

27 Il y a aussi des catégories non professionnelles qui étaient très impliquées durant l'intervention (surtout dans les activités de sensibilisation et de communication) : agents de santé communautaires, relais communautaires et matrones. Pourtant, elles n'ont pas été ciblées par les formations sur le TPI, ces dernières étant réservées aux infirmiers. On peut ici s'interroger sur le fait que ces acteurs, chargés de diffuser l'information sur le TPI, n'aient pas bénéficié des formations ; sur ses effets sur le niveau de connaissance de la mesure par les parents. En outre, les formations ont été de courte durée (environ une journée) rendant difficile le partage de toutes les informations relatives à la nouveauté TPI. Leur nature théorique n'a pas permis une bonne assimilation de la connaissance TPI par les prestataires formés. Par exemple, les modalités du couplage sont méconnues par les ASC :

« [...] Le vaccin c'est le BCG + polio o, penta1+SP, penta2+SP, penta3+SP et rougeole fièvre jaune+SP, ou commence la SP à penta1 ». W., ASC.

28 Ce point de vue n'épouse pas les contours de ce qui est recommandé : les trois doses de SP sont administrées aux enfants lors des contacts vaccinaux Penta2 (SP1), Penta3 (SP2), Rouvax (SP3). Aussi, la molécule SP a été parfois confondue avec les déparasitants :

« Les comprimés donnés au moment des vaccinations servent à protéger contre la diarrhée parce que y a des enfants qui ne mangent pas bien. C'est en ce temps-là qu'ils reçoivent ces vers intestinaux en mangeant du sable ; c'est pour cela qu'à chaque vaccination on donne ces comprimés. Ces comprimés traitent la fièvre plus vers intestinal... ». A.F., ASC.

29 Cette faiblesse des connaissances et de la maîtrise des compétences techniques liées au TPI a conduit les prestataires et bénéficiaires à procéder, dans leurs perceptions, leurs attitudes, à une reformulation/ajustement des normes édictées, à un syncrétisme des savoirs relatifs au TPI et à la molécule SP.

Perceptions du TPI couplé au PEV chez les soignants et les parents d'enfants

Chez les prestataires de soins

- 30 Le TPI est généralement pensé comme une mesure visant à prévenir le paludisme qui occasionne une forte morbidité et mortalité chez les enfants. Les soignants ont évoqué le bénéfice réel pour les communautés lorsque les enfants sont bien protégés du paludisme. Cela diminue leurs recours aux services de santé et la pression sur les faibles ressources financières des ménages dans ces zones. Cependant, ces retombées positives pour les populations n'emportent pas l'adhésion de tous les prestataires.
- 31 Spécifiquement, il y a des différences de points de vue entre les catégories de personnel soignant : certains médecins de district ont été assez critiques vis-à-vis du projet, du fait qu'ils n'aient pas été associés au choix des associations de molécules. Cela a conduit à un certain désintérêt de leur part, malgré l'intérêt biologique reconnu, les avantages induits en matériels logistiques (le projet a appuyé les services en véhicules, motos, etc.) ou d'efficacité éprouvée sur la morbidité. Dans les postes de santé, certains infirmiers d'État, expérimentés, ont eu des positions plus critiques à l'égard de la mesure (Vélingara) : le TPI a été perçu comme un projet aux retombées financières peu importantes pour les services de santé et les prestataires, en comparaison avec d'autres projets (ONG). Il n'est pas représenté comme une activité intégrée, c'est plutôt une charge de travail supplémentaire, qui doit être accompagnée d'une contrepartie financière. Ceci démontre un faible niveau d'intégration et d'appropriation de l'innovation.
- 32 En outre, le TPI est paradoxalement présenté comme une mesure qui occasionne un manque à gagner pour les services de santé. En fait, l'impact positif sur la morbidité palustre diminue les recours aux services de santé et réduit ainsi les possibilités de rentrées d'argent permettant de faire fonctionner les services ¹². Ce point de vue est d'autant plus important à considérer que le paludisme, à cause de sa récurrence et de sa fréquence, est l'une des maladies hivernales qui génère la plupart des ressources financières, essentielles pour des services de santé fonctionnant selon une logique de marché (Hours, 1986). Ce problème de la baisse des ressources est actuellement posé par les prestataires face à la gratuité de la prise en charge du paludisme simple, entrée en vigueur depuis le 1^{er} mai 2010 au Sénégal.
- 33 Enfin, le TPI est perçu comme une mesure difficile à administrer, à cause de l'absence de formule pédiatrique. Les comprimés utilisés, peu solubles, ont nécessité d'être écrasés, ce qui a augmenté le temps de travail et allongé la durée de la séance de PEV (de 30 mn à 1h). Cette durée a varié selon l'expérience des prestataires : elle a été plus longue chez certains jeunes infirmiers contractuels, n'ayant pas une grande expérience de l'organisation de la vaccination. Les plus expérimentés, grâce à leurs réelles capacités de résolution des problèmes, parvenaient à mieux gérer le temps.

Dans les communautés

34 Nous avons noté une perception positive du TPI, grâce à son effet observé par les parents sur la morbidité palustre : ces derniers ont apprécié favorablement les médicaments administrés à leurs enfants, car ils ont constaté que les épisodes de paludisme ont diminué ¹³. Cette baisse perçue (et non quantifiée ici) est aussi considérée comme une opportunité pour alléger la pression des dépenses de santé sur les disponibilités financières des ménages. Les parents ont aussi remarqué que la SP a permis de diminuer la fièvre post-vaccinale chez les enfants. Ces effets positifs perçus, associés à la maîtrise de l'information sur le TPI, ont renforcé les bonnes dispositions face à la mesure. D'ailleurs, certains parents réclamaient le médicament à chaque contact vaccinal, une attitude qui révèle qu'ils ont une appréciation positive, mais illustre aussi une méconnaissance du TPI et des modalités effectives d'acquisition du SP.

35 En outre, la SP est perçue comme une molécule qui ne crée pas de nombreux désagréments aux enfants. Cela ne veut pas forcément dire qu'il n'y a pas eu des effets secondaires. Leur survenue a été effective, mais souvent non connue des services de santé parce que les parents n'ont pas l'habitude de se rendre au poste de santé pour les signaler aux infirmiers et obtenir une prise en charge. Les bénéfices que confère la SP les amènent inconsciemment à ne pas mettre en cause cette molécule, en cas d'effets secondaires. D'ailleurs, ils ont toujours réclamé la SP à chaque contact vaccinal et exprimé leurs dispositions à accepter le fait que leurs enfants en bénéficient à l'avenir.

36 Néanmoins, ces perceptions et ces attitudes favorables ne doivent pas faire oublier quelques inquiétudes formulées : la SP administrée à l'enfant avec de l'eau a posé problème aux parents, car venant contredire une recommandation antérieure d'allaitement maternel exclusif (AEM). Ils ont aussi regretté que les comprimés peu sécables et solubles aient allongé la durée des séances de vaccination et donc leur temps d'attente. Cette contrainte a conduit les femmes à solliciter l'usage de la formule pédiatrique, un point de vue partagé par les soignants aussi. Pourtant, ces difficultés n'ont pas influencé négativement leurs attitudes et comportements à l'égard du TPI, le bénéfice perçu étant supérieur aux désavantages.

Attitudes et comportements des communautés face à l'administration du TPI chez le nourrisson

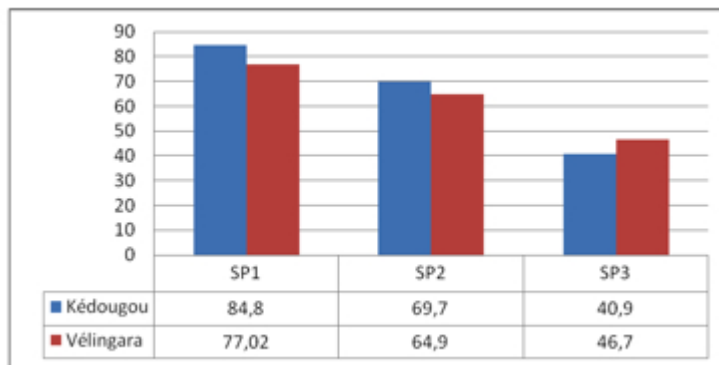
37 La couverture en services TPI durant les séances de vaccination a été réelle. Ces attitudes positives ne s'expliquaient pas forcément par une maîtrise de l'information sur la mesure par les parents, mais surtout par des représentations singulières :

38 - d'abord, l'implication respective de l'infirmier et du relais communautaire, dont les positions sociales sont valorisées au sein des communautés, a été un gage de confiance. Dans les zones rurales, les femmes justifient souvent leurs dispositions favorables face à une mesure sanitaire par l'engagement de l'infirmier, appelé « docteur » et/ou le relais, qui en général habite le village.

39 - la peur de représailles de l'infirmier a aussi poussé certains parents à accepter le médicament, sans savoir ce à quoi il devait servir. Cela est d'autant plus vrai qu'en milieu rural, les soignants connaissent presque toutes les femmes de leur zone de responsabilité et les femmes s'inquiètent des conséquences de leur refus à l'avenir. Si elles en arrivent à se poser de telles questions, c'est bien parce que certaines ont déjà vécu l'expérience des relations difficiles avec les prestataires dans les services de santé. Comme le soulignent Jean-Pierre Olivier de Sardan, Adamou Moumouni et Aboubacar Souley, les infirmiers, de manière latente ou diffuse, obligent les femmes à venir accoucher en maternité, sous peine de représailles (Olivier de Sardan, Moumouni & Souley, 1999). Ce problème des rapports soignants-soignés a été largement documenté dans la littérature anthropologique (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003 ; Jaffré, 1999).

40 Les résultats de l'enquête d'évaluation finale ont aussi permis de remarquer que si la couverture en TPI a été globalement bonne, celle-ci a diminué au fur et à mesure de l'intervention, et certains enfants n'ayant pas reçu toutes les doses de SP.

Figure 2 : Couverture du TPI déterminée par une enquête ménage à la fin de l'intervention



41 Le graphique ¹⁴ montre qu'au premier contact, près de huit enfants sur dix ont reçu le TPI-n, mais cette couverture a diminué, avec moins d'un enfant sur deux au troisième contact. Cette déperdition constante du TPI n'est l'expression de la difficulté des services de santé à maîtriser la cible vaccinale. À cela il faut ajouter des raisons d'ordre individuel, social et culturel évoquées dans les *focus groups* : dans les villages, les migrations saisonnières amènent les familles à se déplacer de manière temporaire, ce qui fait perdre de vue les enfants. En outre, il y a les déplacements des femmes vers leur village d'origine à partir du 6^{ème} mois après la naissance pour respecter les rites de l'allaitement (groupes ethniques Bassari et Bedik de Kédougou). Ils font que la dernière dose n'a souvent pas été administrée, comme l'illustre le graphique. En outre, les prescriptions culturelles d'évitement de présence du nourrisson dans des rassemblements populaires (Vélingara, Kalifourou), à partir du 5^{ème} mois de naissance ont éloignés ces derniers du PEV. Enfin, la décroissance entre la première et la deuxième dose s'explique en particulier par le fait que les femmes, souvent mises devant le fait accompli au moment de la vaccination (à cause de la faiblesse de la communication sur le TPI) laissent leurs enfants prendre les médicaments. Mais une fois à domicile, elles rendent compte aux maris et belles-mères et leurs positions conduisent souvent à des abandons (nous y reviendrons).

42 L'évaluation finale a aussi montré que les taux de couverture pour certaines doses de SP, bien qu'importants, n'ont pas atteint le niveau habituellement

atteint par ceux de l'antigène auquel elles devaient être liées. Dans l'esprit du couplage, chaque dose de TPI-n doit correspondre à un vaccin spécifique lors du PEV. Or, en 2009, le taux d'enfants complètement vaccinés (ECV) ¹⁵ a été de 62% à Kédougou (Saraya y compris) alors que la couverture en SP3 était de 40,9%. À Vélingara, parmi 55,1% d'ECV, 46,7% ont eu la dose SP3. Ces écarts sont moins l'expression du refus des femmes que celle du non-respect par les soignants des recommandations techniques données et une difficile intégration du TPI dans le paquet d'activités PEV.

Des pratiques de mise en œuvre du TPI par les prestataires qui respectent peu les normes techniques recommandées

Mise en œuvre du TPI couplé au PEV par le personnel soignant

- ⁴³ En observant la mise en œuvre du TPI, nous avons noté que les comportements et les pratiques des différentes catégories de prestataires impliqués étaient déterminés par des facteurs plus complexes que les évidences scientifiques. Selon Tidiane Ndoeye (Ndoeye, 2009), la mise à disposition des savoirs concernant les protocoles thérapeutiques, leur présentation en tant que *savoirs légitimés* ne suffisent pas toujours à entraîner leur adoption dans les pratiques professionnelles (Certeau, 2002). De manière générale, les normes techniques du TPI ont été ajustées par les prestataires (Vidal, Fall & Gadou, 2005).
- ⁴⁴ - la tenue des outils de gestion a posé problème, dès le démarrage de la mise en œuvre. En effet, les différents registres utilisés par le PEV ¹⁶ pour documenter l'intervention ont été adaptés pour que les doses de SP administrés soient renseignées. Mais le remplissage de ces outils a connu des lacunes dans la mesure où les infirmiers n'avaient pas bien compris l'esprit du couplage. Par exemple, la dose de SP administrée aux enfants ayant reçu le vaccin Penta 3 a été classée dans les registres comme SP1, alors qu'en raison du couplage, c'est plutôt SP2 qui aurait dû être noté. Ces incompréhensions dénotent une faible maîtrise ou connaissance des modalités techniques du TPI.
- ⁴⁵ - nous avons aussi remarqué que pendant la séance de vaccination, les agents de santé communautaire et/ou relais communiquaient peu avec les femmes (faibles conseils sur le TPI, les moustiquaires imprégnées, les comportements à adopter en cas d'effets secondaires). Certains infirmiers se contentaient de vacciner et de donner le médicament, sans aucun échange d'informations ou de conseils sur les effets secondaires probables ou la conduite à tenir en cas de leur survenue.
- ⁴⁶ - les consultations des carnets de vaccination ont confirmé l'existence d'enfants vaccinés sans recevoir la dose de SP correspondant à l'antigène administré, ce qui était contraire au couplage (comme nous l'avons documenté dans les passages précédents). Aussi, dans des districts comme Kédougou, le dosage n'a pas été respecté puisque des comprimés entiers ont été administrés

aux nourrissons, au lieu d'un demi-comprimé. Des médicaments ont été directement remis aux mères, alors qu'ils devaient être administrés directement par le prestataire.

47 - le recueil du consentement individuel n'a pas été respecté au moment de l'administration du médicament, ce dernier étant remplacé par le consentement communautaire. Pourtant, des fiches de consentement éclairé individuel étaient prévues pour être adressées aux parents de l'enfant ¹⁷. Sur le terrain, ce sont les plaidoyers auprès des leaders communautaires (chefs de villages, imams, présidentes des groupements de promotion féminine GPF).

48 Tout d'abord, si les fiches de consentement individuel n'ont pas été effectivement utilisées, c'est parce que les populations rurales ne comprennent souvent pas le message qu'elles véhiculent et sont surtout réticentes pour la signature, pourtant exigée par les promoteurs. Ces observations ont aussi été faites lors d'essais cliniques pour lesquels l'enrôlement de participants requiert le consentement écrit (Ouvrier, 2008). La valeur attribuée à l'écrit est variable selon les cultures. En Afrique, on peut identifier trois grandes catégories d'attitudes des femmes face aux fiches de consentements individuels :

- celles qui ont compris le sens du document et pour lesquelles la signature représente à la fois un accord de leur part et une manière de se protéger, s'assurer des engagements des investigateurs ;
- celles qui signent sans comprendre ce dont il est question, souvent parce que l'infirmier, avec lequel elles ont des affinités, est celui qui le leur a présenté ;
- celles qui ne voient pas la nécessité de signer, pour la raison que nous venons de citer. Aussi, la parole (en l'occurrence la leur) attribuée à quelqu'un de confiance est suffisante. En plus, le fait que la signature soit requise crée de la suspicion chez certaines (volonté des promoteurs de se mettre à l'abri contre des dangers connus). Cette catégorie a été identifiée dans les zones, au sud du Sénégal, où la tradition de l'écrit est peu développée (exception faite des écrits islamiques) et où la parole donnée tient lieu d'engagement.

49 Gérard Campagne, Jean-Philippe Chippaux et Amadou Garba (2003) soulignent d'ailleurs que

« dans la culture traditionnelle, essentiellement orale, la parole donnée scelle l'accord. La signature a été introduite par le pouvoir colonial dans un contexte particulier, strictement juridique, inapproprié dans une consultation médicale où la relation est fondée sur la confiance, voire la foi, envers le thérapeute » (Campagne, Chippaux & Garba, 2003).

50 À Kédougou, Saraya et Vélingara, ce n'est pas la signature qui a été gage d'une bonne adhésion. Par expérience, les femmes ne souhaitent pas signer, mais adhèrent plus à la mesure parce qu'elles en étaient informées, qu'elles avaient le soutien de leurs belles-mères et surtout parce que l'infirmier était impliqué. Ce dernier bénéficie dans ces zones d'un prestige social et est reconnu comme « celui qui sait et détient le pouvoir de guérir ». Le fait qu'il soit impliqué dans la mise en œuvre et la promotion du TPI a rassuré les femmes et facilité leur adhésion dans certains cas.

51 Ensuite, la substitution du consentement individuel par le consentement communautaire peut être *a priori* justifiée, dans des univers sociaux construits de telle sorte que l'individu et la communauté soient indissociables. Comme l'indiquent Assétou Derme et Sodiomon Sirima,

« les textes en matière de bonnes pratiques cliniques prônent un consentement libre et individuel, cela étant entendu que l'individu au sens occidental du terme a une capacité de juger de son propre bien et a une autonomie de décision. Or, les sociétés africaines sont régies par des structures communautaires et solidaires. Il n'existe pas dans ces sociétés de sphère nette entre l'individuel et le collectif» (Derme & Sirima, 2005).

52 Le consentement individuel reste alors difficile à réaliser dans la pratique, de manière générale, pour ces auteurs. La même observation peut être faite pour les enquêtes anthropologiques où l'acceptation d'une femme pour répondre aux questions est souvent assujettie à ce que le chef de village et le mari aient été préalablement mis au courant.

53 Cependant, Gérard Campagne, Jean-Philippe Chippaux et Amadou Garba s'interrogent sur la valeur d'un tel consentement communautaire et sur son primat sur le consentement individuel. À leur avis, le consentement collectif, quelle que soit sa forme, ne dispense pas l'investigateur du consentement individuel, les participants à un protocole devant individuellement être informés et sollicités à s'y engager (Campagne, Chippaux & Garba, 2003). Nos observations sur le terrain nous ont permis de tempérer la vision consensuelle que les promoteurs ont de la légitimité des leaders communautaires. S'ils sont respectés, leurs modes de désignation souvent non démocratiques et les conflits qu'ils entretiennent avec certaines catégories de la population (par exemple à Ouassadou, Vélingara) n'en font pas toujours des acteurs écoutés et respectés. Le fait que le plaidoyer s'arrête à leur niveau limite, du coup, la participation de ces catégories contestataires et conduit souvent à un désintéret ou rejet de la mesure.

54 Aussi, en ce qui concerne les questions de santé, discuter avec les leaders communautaires est une chose nécessaire, mais n'exclut pas de recueillir l'adhésion des parents au niveau familial, qui reste essentielle. Cela est d'autant plus vrai que la décision de s'engager dans un protocole thérapeutique visant l'enfant implique plus la sphère familiale. Nous avons remarqué que dans le cadre du TPI, des réunions collectives d'information sur la mesure ont été quelques fois organisées avant la séance de vaccination, principalement pour les mères ou gardiennes d'enfants cibles du PEV. Ces réunions ont tenu lieu de recueil du consentement. Cependant, dans la réalité, si les femmes laissent leurs enfants recevoir la première dose, elles s'empressent d'en rendre compte à leurs maris ou belles-mères, de retour à la maison. Ces personnalités, non présentes lors des vaccinations, donc non ciblées par les causeries, sont les véritables décideurs des soins pour les enfants, et non les femmes. D'ailleurs, nous avons remarqué que l'observance du TPI couplé au PEV a été déterminée par les positions de ces acteurs. Comme indiqué auparavant, la décroissance des taux de couverture entre SP1 et SP2 révèle que des enfants ont abandonné le traitement, du fait que les grands-parents, une fois informés par les femmes des comprimés reçus par les enfants lors des séances de vaccination, ont interdit toute possibilité de continuer leur administration. Un tel comportement s'explique par le fait que ces acteurs décisionnaires ont été oubliés, sinon non ciblés par la communication à propos du TPI. Tout ceci démontre que la santé de l'enfant n'est pas exclusivement l'objet de délibération individuelle (Faye, 2009) ou de couple. En milieu rural sénégalais, elle concerne toute une famille élargie, quelques fois un lignage et, pour cette raison, elle requiert une implication d'acteurs se distinguant souvent des parents biologiques et des leaders communautaires.

55 Au-delà de ces réflexions générales, on peut affiner la lecture des décalages observés dans les pratiques professionnelles, en considérant la diversité des catégories de soignants impliqués dans le TPI couplé au PEV, tout en analysant les facteurs explicatifs de tels usages professionnels du protocole TPI.

56 La plupart des infirmiers étatiques, c'est-à-dire recrutés par la fonction publique, affichaient un scepticisme, débouchant parfois sur un « service minimum » ou sur des ajustements des normes officielles (dosage et règles d'administration de la SP non respectés). Il est nécessaire de préciser que c'est à Kédougou où on a retrouvé cette catégorie et le plus de comportements décalés. Ces infirmiers expliquent de tels décalages par les difficultés que pose leur application et leurs effets sur la charge de travail : il n'existe pas de matériels pour écraser les demi-comprimés peu solubles. En outre, l'administration des médicaments a requis un matériel supplémentaire (eau, seaux, pots pour écraser les comprimés), non prévu par le promoteur et quelques-fois non disponibles dans les postes de santé. C'est la raison pour laquelle ils ont préféré remettre les comprimés aux parents pour une administration à domicile (surtout à Kédougou) et n'ont pas consacré du temps aux discussions et/ou échanges avec les femmes. Cette attitude reflétait une faible appropriation due, selon eux, aux contraintes techniques que posent les normes et une charge de travail importante induite par le TPI. Cependant, ces contraintes sont partagées par d'autres infirmiers comme les contractuels, qui sont devenus pourtant plus empathiques et innovants (nous y reviendrons). En outre, nous avons remarqué que ces infirmiers étatiques étaient très engagés et compliants vis-à-vis d'autres activités de santé soutenues par des ONG (*Baobab* à Kédougou, *Médicos del Mundo* à Vélingara) et aux retombées financières importantes. S'il en a été ainsi, c'est parce que le TPI n'offrait pas des incitations financières et donc ne s'adaptait pas aux attentes utilitaristes de cette catégorie d'acteurs, ce qui rendait difficile son appropriation.

57 Comme annoncé précédemment, les infirmiers contractuels ont été plus engagés et volontaires. Ces attitudes révèlent une intégration positive du surplus de travail, ces infirmiers ayant pris des initiatives afin de faciliter l'administration : d'aucuns ont trouvé des petits pilons pour écraser les comprimés, d'autres, des bouchons de sirop pour les tremper à l'avance et les laisser dissoudre. Ces faits illustrent une appropriation de la mesure, malgré l'absence de motivation financière et la faiblesse de la connaissance des modalités techniques du TPI. S'il en est ainsi, c'est du fait du statut particulier de cette catégorie de soignants. Les contractuels ont un statut précaire et aspirent à intégrer la fonction publique, ce qui les amène à être plus compliants. Ils s'impliquent dans tout projet de santé dont ils ont la responsabilité. Le TPI, comme d'autres mesures, a été une opportunité de valorisation professionnelle, pour faire la preuve de leurs capacités professionnelles dans la perspective d'un recrutement définitif.

58 Cependant, ces attitudes positives ne doivent pas occulter le caractère contraignant de l'environnement institutionnel dans lequel évoluent ces acteurs : dans les postes de santé, les infirmiers sont surchargés de travail administratif (remplissage de la multiplicité des outils de gestion) et sollicités par les nombreux partenaires pour diverses activités. Particulièrement en ce qui concerne les séances de vaccination (stratégies avancées ¹⁸), qui sont l'occasion pour les ICP de faire aussi les Consultations pré ou post-natales, les pesées, la santé de la reproduction, etc. Ceci pousse certains soit à déléguer les activités de vaccination aux ASC (et à s'impliquer moins pour le TPI), soit à chercher à raccourcir la séance de PEV. Lorsque les infirmiers sont eux-mêmes

impliqués, ces contraintes ne sont souvent pas sans conséquences sur la durée des causeries avant la vaccination, sur les modes d'administration des médicaments, sur le temps de discussions avec les femmes. Certains infirmiers étatiques, qui ont bien conscience du non-respect des recommandations, le justifient aussi par leur empressement, car ils ne peuvent s'absenter longtemps du poste de santé, ce qui serait préjudiciable aux autres malades. Dans le contexte des services de santé en zone rurale au Sénégal, un seul infirmier (quelques fois assistant-infirmier) est responsabilisé avec l'appui d'un personnel communautaire qui en principe, n'a pas un rôle de prescription. Mais la multiplicité des sollicitations et des tâches fait que l'infirmier ne peut tout faire : soit il devient peu performant s'il veut tout mettre en œuvre (non-respect des recommandations), soit il laisse la possibilité aux acteurs communautaires d'occuper certains espaces professionnels et de poser des actes médicaux qui leur restent officiellement interdits (Hane, 2007). C'est le cas des agents de santé communautaire qui vaccinent, prescrivent des ordonnances, etc. et des relais communautaires dont l'utilité, de l'avis de ces infirmiers, n'est plus à démontrer.

59 Ces acteurs communautaires (ASC et relais) ont aussi été très engagés dans la mise en œuvre, motivés, même s'ils appliquaient mal les recommandations, du fait de leur faible maîtrise technique du TPI. Cette bonne disposition, qui est allée croissante, se comprend aussi comme une réaction stratégique : les nouvelles mesures comme le TPI ont renforcé l'implication de ces non-professionnels aux côtés de l'infirmier. S'il en est ainsi, c'est parce qu'il s'agit d'activités communautaires pour lesquelles ils sont les acteurs de choix. En outre, ils ont fait usage de leurs capacités à négocier de nouveaux espaces stratégiques dans le champ de la santé, dans la perspective d'y occuper une place officielle et reconnue (Dubar, 2002). Fatoumata Hane, illustre, à partir de l'exemple de la tuberculose, le fait que les catégories non professionnelles sont de plus en plus présentes dans la mise en œuvre des activités de santé et ont des attitudes positives, parce qu'aspirant à intégrer la fonction soignante (Hane, 2007).

60 En définitive, on peut faire observer ici que les attitudes et les comportements de mise en œuvre du TPI/PEV, variables suivant les catégories de prestataires de soins, sont moins influencés par le faible niveau de maîtrise des connaissances sur le TPI. Il est vrai que les différentes recommandations n'ont pas toujours été maîtrisées ou connues par les acteurs les plus impliqués dans la mise en œuvre. Cependant, ceux qui en ont eu une bonne connaissance n'ont pas été les plus observants. Les contraintes institutionnelles du système de santé, les niveaux d'expérience, les spécificités des statuts professionnels ont été assez déterminants des comportements de mise en œuvre de la mesure. Le TPI est aussi perçu et approprié en fonction des avantages et des inconvénients qu'il confère aux services de santé, aux prestataires, au plan individuel (incitations financières, amélioration de l'estime de soi des jeunes infirmiers et des travailleurs communautaires), professionnel (valorisation professionnelle, perspectives de carrière).

Faisabilité du TPI couplé au PEV et appropriation par les populations et les prestataires au Sud du Sénégal ?

61 Dans le cadre de la stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant (SASDE), le TPI a été ajouté au paquet PEV. Cette approche, qui consiste à intégrer de nouvelles mesures sanitaires dans des activités de routine qui existent déjà, est intéressante puisqu'elle permet de mutualiser les efforts et les ressources. Cependant, s'il a été habituellement considéré comme une des réussites de l'UNICEF et de l'OMS en Afrique, la « locomotive » PEV se singularise au Sénégal par des dysfonctionnements réels. Ces derniers poussent à s'interroger sur la pertinence de son couplage au TPI : d'abord la cible vaccinale, c'est-à-dire le nombre d'enfants habitant la zone et concernés par les vaccinations, n'est pas maîtrisée par les services de santé, du fait des mouvements de populations, mais aussi du solde migratoire positif non connu des statistiques sanitaires. Cela fait que des enfants sont oubliés de ces dernières et ne reçoivent pas le TPI, en raison du couplage. Ensuite, les ruptures d'antigènes ou de consommables, la non-organisation de certaines séances de vaccination à cause de l'absence de l'infirmier, créent des occasions manquées. Les enfants non vaccinés perdent ainsi l'occasion de recevoir les comprimés. Ces contraintes actuelles du PEV, qui influencent les taux de couverture vaccinale et donc ceux du TPI, doivent conduire à repenser la stratégie de couplage. L'intégration à d'autres paquets comme la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) mérite d'être investiguée.

62 Au-delà de cette interrogation sur la faisabilité et l'efficacité du couplage du TPI au PEV, on peut se demander si les prestataires et les bénéficiaires se sont approprié cette mesure.

63 Au niveau communautaire, la couverture effective du TPI signifie-t-elle que les parents ont accepté que leurs enfants reçoivent les médicaments ? Il est bien ressorti qu'ils n'ont pas toujours eu la connaissance adéquate à propos de cette mesure et pourtant leurs enfants ont reçu la SP. Les perceptions populaires accordaient à cette innovation une valeur pratique et l'intégraient dans les besoins ressentis. Les parents lui ont trouvé des avantages, des bénéfices, une utilité, qui ont renforcé leurs dispositions positives à son égard : la SP a permis de réduire ou de prendre en charge la fièvre post-vaccinale ; les cas de paludisme enregistrés au sein des différents ménages ont été moins nombreux depuis qu'elle a été administrée aux enfants. Cependant, il est évident que la multiplicité des interventions et des changements de politiques dans le cadre de la lutte contre le paludisme (Ndoye, 2009) fonde à ne pas considérer le TPI comme seul responsable de cette amélioration de la morbidité et de la mortalité palustres. En outre, ce sont les contraintes socioculturelles, la faiblesse de la sensibilisation, les insuffisances du système de santé et des services de vaccination (occasions manquées, ruptures d'antigènes ou de consommables, absentéisme de l'ICP, etc.) qui ont empêché des enfants de bénéficier du TPI.

64 La pérennisation de ces bonnes dispositions communautaires vis-à-vis du TPI passe nécessairement par un renforcement de la connaissance, en utilisant une communication interpersonnelle et des mobilisations sociales continues. Le ciblage des acteurs décisionnaires et responsables de la santé de l'enfant est une nécessité. En outre, l'intégration de cette stratégie, qui ajoute un

médicament aux soins de santé existants, oblige à un renforcement rigoureux des systèmes de pharmacovigilance, puisque le SP peut être associé à des réactions adverses (même si elles ont été peu observées lors de la mise en œuvre). À ce titre, la pharmacovigilance communautaire est une stratégie à expérimenter, tenant compte de la faible disposition des parents à recourir au poste de santé en cas d'effets secondaires.

65 Chez les prestataires de soins, la disponibilité de l'information sur le TPI n'a pas toujours eu pour effet une bonne appropriation (en particulier chez les infirmiers). Les ajustements des normes, les attitudes de désintérêt, d'indifférence, étaient plus visibles lorsque les soignants n'ont pas trouvé au TPI un bénéfice, une utilité personnelle ou professionnelle. Certains soignants ont appréhendé le TPI comme un projet de recherche à l'occasion duquel ils devaient bénéficier de dividendes ou d'un supplément financier, et non comme une activité de routine qui devrait s'intégrer à leur charge de travail. La *perdiemisation* croissante (Faye 2009), instituée par les interventionnistes du monde du développement, explique sans doute de telles attitudes. Il faut ajouter à cela que le contexte de travail dans les espaces sanitaires reste assez contraignant et conduit à des attitudes de gestion du temps et de non-respect des normes. En revanche, les prestataires de première ligne (agents de santé communautaires, relais), oubliés par les formations, ont manifesté plus de dispositions favorables vis-à-vis du TPI. S'il en est ainsi, c'est parce que cette mesure a eu, de l'avis de ces acteurs, des avantages pour leur valorisation professionnelle. Cela a suscité des initiatives, dans la perspective de faciliter l'administration et de la rendre effective.

Conclusion

66 L'innovation thérapeutique TPI, au-delà de ses dimensions biomédicales et technologiques, est, une fois soumise à application dans les services de santé, enchâssée dans des réalités socio-professionnelles ou individuelles, qui influencent les conditions de sa mise en œuvre. L'appropriation de ce nouveau protocole antipaludéen est influencée par la perception de son utilité (Mallein *et al.*, 1994), de ses avantages et inconvénients aussi bien pour les services de santé concernés que pour les prestataires chargés de son application et pour les populations bénéficiaires. L'intégration d'un nouveau protocole thérapeutique dans les paquets d'activités de soins de routine, souhaitée par les autorités sanitaires, s'est révélée difficilement réalisable dans la mesure où les prestataires ne la conçoivent pas sans des incitations financières supplémentaires, vu la charge de travail induite. S'il est essentiel de rappeler que les soins fournis aux populations doivent être de qualité, continus et intégrés, cette intégration reste encore liée à des mesures d'accompagnement et d'incitations financières.

67 Cette recherche est aussi la démonstration que les difficultés de changement des attitudes et des pratiques sanitaires ne sont pas de la seule responsabilité des communautés. Celle des prestataires est évidente, même si elle n'est pas entière. La réclamation de la motivation financière par certains soignants est une conséquence de l'approche projet et de la *perdiemisation*, entretenues par les partenaires sanitaires (ONG, Coopérations). En outre, les contraintes des environnements professionnels dans lesquels évoluent les soignants ne facilitent pas toujours l'innovation, qui reste toujours pensée comme une activité de plus qui vient se rajouter à une charge de travail déjà lourde pour les

infirmiers chefs de poste. Ces derniers sont responsabilisés pour les activités de prescription, d'administration et de promotion de la santé. De telles attitudes ont contribué, ces dernières années, à modifier les comportements d'appropriation de l'innovation thérapeutique, surtout lorsque celle-ci est initiée dans le cadre des activités de routine du système de santé.

68 Il ne faut pas non plus perdre de vue que la valorisation du thérapeutique/préventif qui est sous-entendue dans le protocole TPI est l'œuvre des chercheurs, des politiques, des laboratoires pharmaceutiques et des institutions internationales ayant contribué à sa diffusion. Pour preuve, des consortiums *task force* ont été mis en place afin de défendre cette mesure et de permettre son passage à échelle. Ceci nous conduit à penser que les problèmes de santé publique sont loin d'être traités comme des problèmes publics (Gruenais *et al.*, 2007). L'introduction de l'innovation ne relève pas toujours de besoins exprimés par les populations, car, comme le dit Didier Fassin (2000), les demandeurs sont en fait non pas ceux qui ont le plus de besoins, mais ceux qui parlent le plus fort. La traduction des recherches sur le TPI en politiques officielles de santé et les jeux d'intérêts et de pouvoir qui sous-tendent cette activité méritent une analyse plus détaillée et approfondie.

Bibliographie

BIANCHI J. & M.-F. KOULOUMDJIAN (1986), « Le concept d'appropriation », dans LAULAN A.-M., *L'espace social de la communication*, Paris, Éditions Retz/CNRS.

BOUDOKHANE F. (2006), « Comprendre le non-usage technique : réflexions théoriques », *Les enjeux de l'information et de la communication*, revue en ligne du Gresec, Université Grenoble 3, http://w3.u-grenoble3.fr/les_enjeux/2006/Boudokhane/index.php

BRETON P. & S. PROULX, (2002), *L'Explosion de la communication à l'aube du XXI^e siècle*, Paris, Éditions La Découverte.

BRUNSON M.W. (1996), "A definition of "social acceptability" in ecosystem management", dans BRUNSON M. W., KRUGER L. E., TYLER C. B. & S. A. SCHROEDER (dir.), *Defining social acceptability in ecosystem management: a workshop proceedings*, Portland, OR., USDA Forest Service, Pacific Northwest Research Station, General Technical Report PNW-GTR-369, pp. 7-16.

CAMPAGNE G., CHIPPAUX J.-P. & A. GARBA (2003), « Information et recueil du consentement parental au Niger », dans BONNET D. (dir.), *L'Éthique médicale dans les pays en développement*, Paris, Autrepart/IRD, Éditions de l'Aube, 2003.
DOI : 10.3917/autr.028.0111

CHANDRAMOHAN D., WEBSTER J., SMITH L. *et al.* (2007), "Is the Expanded Programme on Immunisation the most appropriate delivery system for intermittent preventive treatment of malaria in West Africa?", *Tropical Medicine and International Health*, juin ; 12, 6, pp. 743-750.
DOI : 10.1111/j.1365-3156.2007.01844.x

CERTEAU M. DE, (1980), *L'Invention du quotidien. Les Arts de faire*, Paris, Éditions Gallimard.

CLAWSON M. (1975), *Forest for whom and for what?*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
DOI : 10.4324/9781315064222

CISSÉ B., SOKHNA C., BOULANGER D. *et al.* (2006), "Seasonal intermittent preventive treatment with artesunate and sulfadoxine-pyrimethamine for prevention of malaria in Senegalese children: a randomised, placebo-controlled, double-blind trial", *Lancet*, 367, pp. 659-667.

DERME A. & S. SIRIMA (2005), *Le Consentement individuel, libre et éclairé dans le cadre des essais de vaccin en milieu rural africain*, Premières Journées de Bioéthique pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre.
DOI : 10.3917/jib.201.0105

- DICKO A., SAGARA I., SISSOKO M. S. *et al.* (2008), "Impact of intermittent preventive treatment with sulphadoxine-pyrimethamine targeting the transmission season on the incidence of clinical malaria in children in Mali", *Malaria Journal*, July 8, 7, pp. 117-123.
DOI : 10.1186/1475-2875-7-123
- DUBAR C. (2002), *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Éditions Armand Colin.
- DUJARDIN B. (2003), *Politiques de santé et attentes des patients : vers un nouveau dialogue*, Paris, Éditions Karthala, Fondation Charles Léopold Mayer.
- FAYE S. (2009), « L'anthropologue et l'intervention sanitaire dans le cadre de la lutte antipaludique au Sénégal : analyse des mises en actes du personnel soignant et usages des savoirs produits », *Revue de Sociologie, Anthropologie et Psychologie*, FLSH, UCAD, n° 1 pp. 137-163.
- FASSIN D. (2000), *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Éditions Karthala, Paris.
- FIREY W. (1960), *Man, mind, and land: a theory of resource use*, Glencoe, Free Press.
- IPDSR (2009), *Enquête d'évaluation post-intervention du TPI-PEV dans les districts de Kédougou et Vélingara*, Rapport final.
- GRUÉNAIS M. E., DELAUNAY K., EBOKO F. & E. GAUVRY (1999), « Le sida en Afrique, un objet politique », *Anthropologie de la santé*, Bulletin de l'APAD, n° 17, [En ligne], mis en ligne le : 22 septembre 2006, www.apad.revues.org
- HANE F. (2007), *Émergence de la fonction soignante. Reconfigurations professionnelles et politiques publiques autour de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal*, Thèse de Doctorat d'anthropologie sociale, École des Hautes études en sciences sociales, Marseille.
- HOURS B. (1986), *L'État sorcier : santé publique et société au Cameroun*, Paris, Éditions L'Harmattan.
- JAFFRÉ Y. (1999), « Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) », *Anthropologie de la santé*, Bulletin de l'APAD, n° 17, [En ligne], mis en ligne le 4 octobre 2006. www.apad.revues.org
- JAFFRÉ Y. & J.-P. OLIVIER DE SARDAN (2003), *Une Médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Éditions APAD-Karthala.
- LAULAN A.-M. (1984), « Assumer le paradoxe », *Inforcom 84*, Quatrième congrès national des Sciences de l'Information et de la Communication.
- MALLEIN P. & Y. TOUSSAINT (1994), « L'intégration sociale des technologies d'information et de communication : une sociologie des usages », *Technologies de l'information et société*, vol. 6, n°4, pp. 315-335.
- MALLET C. (2002), *Le Processus d'appropriation d'une TIC et ses indicateurs, analyse communicationnelle*, Mémoire de DEA en Sciences de l'Information et de la Communication, Université de Metz.
- MENENDEZ C., KAHIGWA E., HIRT R. *et al.* (1997), Randomised placebo-controlled trial of iron supplementation and malaria chemoprophylaxis for prevention of severe anaemia and malaria in Tanzanian infants, *Lancet*, 350, pp. 843-850.
DOI : 10.1016/S0140-6736(97)04229-3
- NDOYE T. (2009), *La Société sénégalaise face au paludisme : politiques, savoirs, acteurs*, Paris, Éditions Karthala Crepos.
- PERRIAULT J. (1989), *La Logique de l'usage. Essai sur les machines à communiquer*, Paris, Éditions Flammarion.
- POOL R., MUNGUAMBE K., MACETE E., AIDE P., JUMA G., ALONSO P. & C. MENENDEZ (2006), "Community response to intermittent preventive treatment delivered to infants (IPTi) through the EPI system in Manhiça, Mozambique", *Tropical Medicine and International Health*, Novembre, 11, 11, pp. 1670-1678.
DOI : 10.1111/j.1365-3156.2006.01725.x
- SHELLENBERG D., MENENDEZ C., KAHIGWA E. *et al.* (2001), "Intermittent treatment of malaria and anaemia control at time of routine vaccinations in Tanzanian infants: a randomised, placebo-controlled trial", *Lancet*, 35, pp. 1471-1477.

SCHELLENBERG D., MENENDEZ C., APONTE J. J. et al. (2005), "Intermittent preventive antimalarial treatment for Tanzanian infants: follow-up to age 2 years of a randomised, placebo-controlled trial", *Lancet*, 365(9469), pp. 1481-1483.
DOI : 10.1016/S0140-6736(05)66418-5

OLIVIER DE SARDAN J.-P., MOUMOUNI A. & A. SOULEY (1999), « "L'accouchement c'est la guerre". De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien », *Anthropologie de la santé*, Bulletin de l'APAD, n° 17, [En ligne], mis en ligne le 4 octobre 2006, www.apad.revues.org.

OUVRIER A. (2008), "From medical research to anthropological research : The case of participants' consent in rural west Africa, in Medical anthropological fieldwork: ethical and methodological issues", *The 10th Biennial Conference of the European Association of Social Anthropologists (EASA)*, 26-30 August 2008, Ljubljana, Slovenia.

SOKHNA C., CISSÉ B., BA E.H. et al. (2008), "A trial of the efficacy, safety and impact on drug resistance of four drug regimens for seasonal intermittent preventive treatment for malaria in Senegalese children", *PLoS One*, Janvier, 23, 3(1), e1471.
DOI : 10.1371/journal.pone.0001471

TRAPE J.F., PISON G., PRÉZIOSI M. M. et al. (1998), « Impact of chloroquine resistance on malaria mortality », *Comptes rendus de l'Académie des Sciences, série III, Sciences de la Vie*, 321, pp. 689-697.
DOI : 10.1016/S0764-4469(98)80009-7

VIDAL L., FALL A. S., GADOU D. (dir.) (2005), *Les Professionnels de la santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, Éditions L'Harmattan.

Notes

1 L'administration se fait à raison de deux cures de trois comprimés de Sulfadoxine 500mg et Pyriméthamine 25 mg en deux prises supervisées et espacées d'au moins un mois, entre le 4ème et le 8ème mois de la grossesse. Aussi, il est recommandé de donner trois doses de SP aux femmes enceintes séropositives.

2 Depuis 2009, le TPI saisonnier chez l'enfant continue d'être testé au Sénégal, à une échelle relativement plus importante, c'est-à-dire dans trois grands districts sanitaires (Mbour, Fatick, Bambey) pour une durée de quatre ans.

3 La première dose est administrée en présence du relais communautaire et les deux doses suivantes remises aux parents.

4 Actuellement, il est d'ailleurs recommandé d'éviter d'utiliser pour le TPI des molécules potentielles ACT, un double usage qui risque de créer une pression médicamenteuse.

5 Le groupe ethnique des Peulh est composé des Bisnaabé, Ferlankés, Diawbés, Habobés, Djunguelbés, Halalbés qui font de l'élevage et de l'agriculture. Les Wodabés et Ourourbés sont les principaux transhumants, mais ces dernières années, ils sont devenus de plus en plus sédentaires.

6 Les Tidiane sont une confrérie de la religion musulmane, fondée au XVIII^e siècle. Elle est surtout implantée au Sénégal, mais aussi au Ghana, au Nigeria, au Niger, en Mauritanie et au Tchad.

7 Au moment de l'intervention, la régionalisation à Kédougou a conduit à la construction d'un nouvel axe Kédougou-Salémata.

8 Elle a été mise en œuvre par l'ANSD pour documenter les taux de couverture vaccinale, l'incidence et la prévalence du paludisme, les niveaux de connaissances, attitudes et pratiques liées au paludisme et à la vaccination.

9 Nous avons réalisé 150 entretiens avec les parents et 101 avec le personnel sanitaire (25 infirmiers sur les 32 dans les trois districts, 20 ASC et 56 relais communautaires impliqués dans la vaccination).

10 Ont été choisis 30 villages répartis également dans les trois districts. Dans chaque village, 20 ménages ont été tirés de manière aléatoire. Le questionnaire a été adressé au chef de ménage et à une mère d'enfant (1 200 questionnaires.)

11 Étude quantitative menée par l'Institut de Population, développement et santé de la reproduction (IPDSR) utilisant le questionnaire (521 ménages) identique à celui l'Enquête démographique et de santé IV.

12 Les bénéfiques mensuels générés par le poste de santé sont partagés en quatre parties : une part pour le comité de santé, une pour payer le personnel communautaire, une autre sous forme de prime à l'infirmier chef de poste et la dernière pour les investissements.

13 Il est difficile d'attribuer la diminution des cas de paludisme au TPI, dans la mesure où d'autres interventions sont menées telles que l'aspersion intra-domiciliaire, les Moustiquaires imprégnées à longue durée (MILD), la Prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM), les Combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) les Tests de diagnostic rapide (TDR).

14 Les données de Kédougou concernent aussi bien le district de Kédougou que celui de Saraya. Au début de la mise en œuvre du TPI, ces deux entités n'étaient pas séparées. C'est au cours de l'intervention que Saraya a été érigé en district sanitaire.

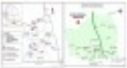

15 Ces taux ont été fournis par l'enquête d'évaluation finale qui a renseigné la couverture vaccinale et celle en TPI.

16 Ce sont le tableau de collationnement journalier TACOJO, les registres et carnets de vaccination.

17 Ces fiches figuraient dans le protocole de l'intervention qui a été soumis et validé par le comité d'éthique sénégalais.

18 Ce sont les séances de vaccination organisées par l'infirmier de manière décentralisée : elles se tiennent dans des villages centre, ce qui permet de rapprocher les services des communautés, d'éviter le déplacement jusqu'au poste de santé et de permettre aux villages environnants de s'y rendre.

Table des illustrations

	Titre	Figure 1 : Districts d'intervention du TPI au Sénégal
	URL	http://journals.openedition.org/sociologies/docannexe/image/3412/img-1.jpg
	Fichier	image/jpeg, 80k
	Titre	Figure 2 : Couverture du TPI déterminée par une enquête ménage à la fin de l'intervention
	URL	http://journals.openedition.org/sociologies/docannexe/image/3412/img-2.jpg
	Fichier	image/jpeg, 31k

Pour citer cet article

Référence électronique

Sylvain Landry Faye, Jean L. Ndiaye, Sidy Ba et Omar Gaye, « Appropriation d'un nouveau protocole antipaludéen au Sénégal », *SociologieS* [En ligne], La recherche en actes, Expériences de recherche, mis en ligne le 11 avril 2011, consulté le 03 mars 2020. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/3412>

Auteurs

Sylvain Landry Faye

Socio-Anthropologue, Enseignant-Chercheur, Département de Sociologie, FLSH, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal - fayesylvain@yahoo.fr - sylvain.faye@ucad.edu.sn

Jean L. Ndiaye

Département de Parasitologie, FMPOS, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

Sidy Ba

Département de Sociologie, FLSH, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

Omar Gaye

Département de Parasitologie, FMPOS, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

Droits d'auteur



Les contenus de la revue *SociologieS* sont mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 3.0 France.