

# LE PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION : ENTRE TEXTE ET CONTEXTE SOCIAL AU CRENI DE ZINDER/NIGER

**YAHAYA Badamassi,**

*Doctorant à l'université Joseph Ki Zerbo*

*yahayabadamassi@gmail.com*

**Bouma Fernand Bationo,**

*Université Joseph Ki Zerbo.*

*Fbationo@hotmail.com*

## Résumé

*Le présent article met en lumière les perceptions des mères des enfants malnutris sur la malnutrition et sa prise en charge au CRENI de HNZ. C'est une analyse qui traite aussi des raisons de la fréquentation des centres de récupération nutritionnelle par les mères et les interactions multiformes dans la prise en charge de la malnutrition. En effet, à travers une enquête purement qualitative guidée par des entretiens individuels auprès des agents de santé, des mères des enfants malnutris et l'observation directe, les résultats de la recherche montrent que les interactions dans la prise en charge de la malnutrition révèlent des contractions perceptives. Pendant que les agents de santé cherchent à respecter les consignes édictées dans le protocole de prise en charge de la malnutrition, les mères des enfants malnutris continuent à croire à la logique traditionnelle liée au sens populaire attribué à la maladie. Cette logique plurivoque dans le traitement de la maladie en question met en mal le respect du protocole officiel et conduit à l'association des traitements malgré l'hospitalisation des enfants au CRENI de Zinder.*

**Mots clés :** *Zinder, Hôpital, mères des enfants malnutris, les agents de santé, protocole de prise en charge.*

## Abstract

*This paper sheds light on the perceptions of mothers of malnourished children on malnutrition and its treatment at CRENI in HNZ. This is an analysis that also addresses the reasons for mothers' attendance at nutritional recovery centers and the multifaceted interactions in the*

*management of malnutrition. Indeed, through a purely qualitative survey guided by individual interviews with health workers, mothers of malnourished children and direct observation, the research results show that interactions in the management of malnutrition reveal perceptual contradictions. While health workers seek to respect the instructions laid down in the protocol for the management of malnutrition, the mothers of malnourished children continue to believe in the traditional logic linked to the popular meaning attributed to the disease. This multivocal logic in the treatment of the disease in question undermines compliance with the official protocol and leads to the combination of treatments despite the hospitalization of the children at the CRENI in Zinder.*

**Keywords:** Zinder, Hospital, mothers of malnourished children, health workers, treatment protocol.

## Introduction

La malnutrition est l'une des pathologies qui sévit encore durement dans la région de Zinder. La Malnutrition Aiguë Globale (MAG : forme modérée et sévère confondues) était estimée à 10% en 1992, 23% en 1998, 11% en 2006, et 15% en 2012 (INS 20). Ces données témoignent d'une situation nutritionnelle très préoccupante. En effet, des normes pratiques et officielles de prévention et de soins se sont imposées et/ou se sont créées autour de cette pathologie. Des normes formelles diffusées durant les campagnes de sensibilisation, les séances d'IEC/CCC, les consultations, et enfin, diffusées dans les émissions de radio et télévisées. Les principaux messages préconisent de se rendre dans une formation sanitaire aux premiers signes de la maladie, ou d'approcher un agent de santé et de pratiquer des consultations prénatales pour les femmes enceintes. Ces normes formelles s'adressent aux soignants et aux acteurs institutionnels à travers les formations, les réunions périodiques, les séances d'inspections. Ainsi, la prise en charge du malade doit passer par la mesure du Périmètre Brachial (PB), le poids-taille, l'âge-taille ou la présence des œdèmes bilatéraux pour identifier la maladie. Les cas de malnutrition sévère et modérée doivent être respectivement évacués vers les

CRENI et les CRENAS les plus proches dont la plupart sont peu fonctionnels. À côté de ces normes formelles, il existe des normes informelles diffusées et acquises à travers la culture, le savoir-faire hérité des aînés, les faits vécus, mais surtout à travers les discussions entre les membres de la société. Dans les zones où la sensibilisation communautaire est faite par les ONG, la population a pris conscience des problèmes de malnutrition et des pratiques de soins néfastes aux enfants. Cependant, les guérisseurs traditionnels sont visités prioritairement par les parents d'enfants malnutris référés dans les centres de santé, parce qu'ils sont respectés par la population et qu'ils administrent des soins à un coût plus faible que celui des centres de santé. En mettant ces travaux en résonance et en les complétant avec un certain nombre de nouvelles pistes d'analyse, cette recherche se propose à sa façon de comprendre et d'expliquer les normes pratiques et officielles de prise en charge de la malnutrition.

## **1. Méthodologie de la recherche**

Dans le cadre de cette recherche, la méthode qualitative a été utilisée à travers les entretiens individuels et l'observation directe. A cet effet, deux (2) types de guides d'entretien ont été administrés dont l'un auprès des mères d'enfants malnutris hospitalisés au CRENI de Zinder et l'autre auprès des agents de santé de la même institution sanitaire. Ce dernier, cherche à comprendre les rapports entre les agents de santé et mères des enfants malnutris. Le guide d'entretien adressé aux mères, a permis de tracer les questions de l'automédication et de l'itinéraire thérapeutique. S'agissant de l'observation directe, elle a permis de suivre pendant quelques séances d'observations les interactions entre les agents de santé et les mères au chevet des enfants malnutris. Elle a également permis de constater la traduction des perceptions de ces mères par le recours au

traitement traditionnel importé dans un centre moderne. Bref, les données collectées à l'issue de ces différents entretiens sont analysées conformément au cadre théorique choisi pour mieux appréhender les normes pratiques et officielles en lien avec la malnutrition.

## 2. Résultats de la recherche

### 2.1. Les perceptions des mères sur la prise en charge de la malnutrition au CRENI de HNZ

Il est important de comprendre le sens de la malnutrition sous l'angle de la nosologie populaire. En effet, la prise en charge traditionnelle de la malnutrition repose sur une pluri-sémantique populaire qui comprend le terme "tamoya", "ciyon fulani" et plus récemment avec l'intervention des humanitaires "kwamaso" issu de la variante du haoussa de la région de Maradi à l'ouest de Zinder. L'étiologie traditionnelle de la malnutrition infantile attribue cette maladie aux esprits, au mauvais lait "kaïkaï", à la poussière des animaux, à la qualité du lait de la mère, etc. A côté de ses représentations en décalage avec les représentations de la malnutrition de la biomédecine, il y a les pratiques traditionnelles. Il s'agit notamment de la prise des décoctions "bawri", les tabous alimentaires liés à la non consommation des œufs (les enfants ne consomment pas les œufs sinon ils deviendront des voleurs). Les enfants ne consomment également pas la viande (qui compliquerait la poussée des dents etc.). Ainsi, il ressort des résultats de cette recherche que la majorité des enquêtés affirment que la malnutrition est une maladie identifiable à partir de la maigreur de l'enfant. Comme le pense cette mère qui la définit comme suit : "...Pour moi la malnutrition c'est un mal qui est dû à l'amaigrissement sévère des enfants sans raison valable. Mais selon les agents de santé, cela est lié à une sous-alimentation associée à d'autres maladies". (B., mère d'enfant malnutri). Par contre, d'autres pensent que la malnutrition est liée à la faim comme cause de la maladie. Selon cette enquêtée,

“ Lorsqu’ un enfant ne mange pas, il va de soi qu’il devient affamé du coup son organisme devient propice pour contracter n’importe quelle maladie”. (Y, mère d'enfant malnutri). Il faut reconnaître que la perception des mères elles-mêmes sur la malnutrition n’a aucune influence sur l’admission des enfants en ce sens qu’elles pensent que la malnutrition est tout simplement une maladie liée à l’alimentation et parfois à certaines forces mystiques. De ce point de vue, on constate la naissance d’un nouveau rapport et une nouvelle approche sur la malnutrition chez les femmes avec l’introduction de ce mode de gestion perçu jadis comme occidental.

## **2.2.Perceptions des mères sur le Centre de Récupération Nutritionnelle Intensif (CRENI)**

Selon (Comméras et al.86), les choix thérapeutiques de la population suivent une logique pragmatique adaptant les soins prodigués aux caractéristiques de la maladie : la nature, l’intensité et la durée de la symptomatologie mais également la perception de la maladie de l’enfant. Ces questions sont associées à la pratique de soins différents dans des délais et pour des durées variables. A travers ce point, la perception des mères sur le mode de fonctionnement du CRENI est l’élément central dans le cadre de cette analyse. La médecine traditionnelle est toujours un mode de traitement utilisé. Une grand-mère affirme : “ Depuis la nuit des temps, nos grands-parents font recours à la médecine traditionnelle et ils nous ont légué tous ces produits. C’est pourquoi, à chaque fois je conseille à mes petits fils de les utiliser mais hélas on constate qu’aujourd’hui, au moindre mal les gens ont tendance à se rendre dans les centres de soins modernes” (Z, accompagnatrice d’enfant). Ainsi, les pratiques d’automédication en vogue font apparaître un syncrétisme thérapeutique qui se manifeste par une combinaison de remèdes issus de la médecine moderne et de la traditionnelle. Il s’agit de préparations à base de plantes médicinales que les mères combinent aux médicaments issus de l’industrie

pharmaceutique pour traiter le « palu » chez les enfants, (Roch A. Hounghin et al. 207).

### **2.3. Les rapports agents de santé-mères d'enfants : un espace de conflit ?**

Le rapport soignant/soigné est un facteur déterminant dans la quête de guérison en ce sens que l'accueil des patients influence le degré de confiance entre ces deux acteurs et exprime l'efficacité et influence de manière générale l'utilisation des centres de santé. C'est du reste ce qui ressort de l'entretien avec une infirmière du CRENI : "Très souvent on est mal comprise par les patientes compte tenu de notre exigence à vouloir respecter certaines règles. Les femmes disent que nous ne les accueillons pas et d'autres affirment même que nous proférons des violences verbales à leurs égards". C'est dans cette perspective qu'Olivier De Sardan, affirme que dans leurs consultations, les soignants se heurtent tous les jours à ces affirmations populaires qui ont une influence insoupçonnée sur les motivations ou les résistances des malades. De plus, l'absence du respect du serment d'Hippocrate relatif à la confidentialité constitue un autre élément de conflit entre les prestataires des services sanitaires et les agents. C'est dans ce sens que certaines mères enquêtées notamment primipares fustigent ce manquement en ces termes. "Moi, je n'ai pas confiance à ces gens-là (allusion faite aux agents de santé) car ils bavardent trop et nous regarde beaucoup comme si nous ne sommes pas nigériennes". Le CRENI de HNZ est très souvent fréquenté par "les filles-mères"<sup>1</sup> et leur statut de célibataire pose souvent un souci en termes de sociabilité. Pendant leur séjour par crainte ou honte de rencontrer d'autres connaissances, "les filles-mères" préfèrent rarement accepter l'hospitalisation quelqu'un soit l'état nutritionnel de leurs enfants. Cette situation expose les jeunes nourrissons à des conséquences graves qui

---

<sup>1</sup>

conduisent parfois à la mort. Aussi, les rapports ambivalents (consensuel et conflictuel) entre les agents de santé et les mères d'enfants malnutris, il est important de développer une stratégie de conciliation mettant en exergue l'état nutritionnel de l'enfant comme point commun entre les deux acteurs. C'est cette dissonance qui explique quelque part les itinéraires thérapeutiques priorisant les représentations populaires au détriment de la médecine moderne dans la prise en charge de certaines maladies.

#### **2.4. L'automédication comme alternative à l'hospitalisation**

Selon (Emmanuelle Simon et al.79), l'automédication est une pratique à travers laquelle patient et soigneux partagent une expérience ultérieure résultant d'une expertise d'acte biomédical. Dans la même perspective, (Adolphe Kpatchavi 235) pense que "un patient qui fréquente un centre de santé acquiert un potentiel de savoir sur le diagnostic, sur les prescriptions faites et sur les modes d'utilisation prescrits par les agents, sur les soins et traitements". Cette expérience fait partie du capital de savoir capter auprès des agents de santé et reproduit en contexte social par automédication (Carine Baxerres, 201) ; (Adolphe Kpatchavi 201). C'est ainsi que, les mères des enfants une fois séjourné au CRENI, considèrent qu'elles ont capitalisé un savoir-faire qui leur permet de prendre en charge leurs enfants notamment par l'achat des *plumpy nut* à leurs enfants malnutris. Cette pratique est élargie à une échelle macro sociale dans la mesure où d'autres femmes sous l'effet de contamination les imitent. Par ailleurs, la persistance et l'évolution impressionnante de la maladie poussent les malades ou leurs parents à s'informer auprès de personnes dans leur entourage (amis, collègues, familles élargies) sur d'autres choix thérapeutiques. C'est ainsi que pour la plupart des mères des enfants rencontrés, ils ont été orientés vers les thérapeutes traditionnels ou un traitement traditionnel détenu par un membre

de la communauté. Pour la plupart des malades, le recours successif aux thérapeutes traditionnels est dominant (Adjet A. et al. 27). Les mères des enfants malnutris enquêtées confirment ce point de vue : ‘‘Chez moi beaucoup d’enfants ont souffert de la malnutrition mais le ‘*boka*’<sup>2</sup> du village les traites à chaque fois à travers des remèdes à bases des décoctions’’ (N, mère d’enfant).

## **2.5. Les recours thérapeutiques endogènes**

Les pratiques thérapeutiques ne sont pas produites ex nihilo, indépendamment des circonstances de survenue de la maladie, mais, au contraire, en réponse à une situation morbide spécifique (Jaffré & Olivier de Sardan, J.P 97). Cela suppose que le recours aux soins dépend d’un ensemble des facteurs qui peuvent être d’ordre social, économique, démographique, politique ou culturel relevant aussi soit des caractéristiques familiaux ou communautaires des parents des enfants. Pour (Goffman 123), la typologie des recours aux soins relève de trois catégories de facteurs explicatifs de l’utilisation des services de santé. Premièrement, les facteurs de prédisposition à l’utilisation des services de santé qui sont d’ordre socio culturels et individuels. Il s’agit notamment de : l’âge, sexe, lien de parenté, revenu familial, niveau d’instruction de la famille et de la religion etc. Ensuite, les facteurs facilitateurs sont ceux qui peuvent promouvoir ou inciter à l’utilisation des services de santé. Ils comprennent le coût des soins, la prise en charge des dépenses de santé, l’accessibilité géographique, l’efficacité du traitement et le comportement des prestataires. A titre illustratif, le CRENI de HNZ offre des services gratuits à des enfants malnutris et la prise en charge est jugée très efficace par la plupart des mères des enfants. Enfin, les facteurs de renforcement développent des attitudes favorables aux recours aux soins. Ces facteurs sont liés aux croyances étiologiques ou mieux à la construction sociale et

---

<sup>2</sup>



culturelle de la maladie. C'est en sens, qu'une mère d'enfant s'exprime en ces termes : 'À la maison on avait commencé à traiter l'enfant à travers l'utilisation de la racine et des feuilles de *moringa* et nous avons constaté qu'il n'y a pas eu d'amélioration. C'est en ce moment que son papa a décidé de l'amener au dispensaire de Gaffati et c'est de là-bas, qu'ils nous ont référé ici au « *gidan yara* »<sup>3</sup>'''. Notons aussi que la plupart de ces remèdes sont issus des plantes. Les enquêtées ont affirmé que leurs enfants sont soumis aux régimes basés sur des interdits alimentaires et comportementaux qui malgré le strict respect n'ont pas soulagé les maux. En effet, la proximité de la médecine africaine avec les malades fait en sorte qu'ils sont parfois condamnés à l'utiliser pour deux raisons culturelle et spatiale. Pour ce qui de la première raison, la médecine africaine est considérée par les patients comme un héritage ancestral et la seconde raison est la proximité avec les thérapeutes traditionnels qui explique dans une certaine mesure le recours tardif au CRENI au vu de la pluralité de l'itinéraire thérapeutique.

## **2.6. La pluralité de l'itinéraire thérapeutique**

La pluralité de l'itinéraire thérapeutique dans la prise en charge de la malnutrition est une triste réalité dans la ville de Zinder. À l'avant-scène, ce trouve l'automédication des mères d'enfants malnutris au CRENI de HNZ. Cette pratique peut revêtir plusieurs formes que sont l'automédication à base de soins modernes, l'automédication à base des produits traditionnels et/ou l'association des deux. Dans la ville de Zinder, les données ont montré que les deux formes d'automédication cohabitent. Au niveau de la première, les patients utilisent les produits falsifiés par les firmes pharmaceutiques clandestines qui sont en porte à faux aux lois et normes internationales en la matière et qui échappent à tout contrôle. Ce sont les produits qu'on retrouve un peu partout chez les vendeurs ambulants ou

---

3

« les pharmacies par terre ». Le second type d'automédication, ce sont les médicaments traditionnels sous forme des décoctions, de pommades, des désinfectants ou de potions préparées à base des plantes végétales. Selon (Lawrence et al.17) cette automédication est favorisée par les nombreuses informations médicales trouvées dans les médias, par les facteurs économiques (faibles revenus des ménages qui ne peuvent supporter les coûts de traitement composés des frais de consultation, d'examen médicaux, d'hospitalisation et des coûts des médicaments) et par les facteurs sociodémographiques (taille du ménage, niveaux d'éducation des ménages). Dans la même perspective (Adolphe Kpatchavi 232) affirme que selon la perception triangulée du soigneur dans ses prérogatives de thérapeute et des autres informateurs, le recours aux plantes médicinales et aux médicaments renforce "l'efficacité thérapeutique résultant de la combinaison des produits traditionnels et ceux de la médecine moderne ». Mieux, « les plantes médicinales sont des ressources culturelles adaptées aux représentations sociales locales" (Patrice Cohen et Ilario Rossi 5). En effet, il ressort également de cette recherche que le recours à la médecine traditionnelle ne semble pas forcément être la première option pour certains enquêtés. C'est pourquoi, elles se réfèrent à la médecine moderne (centre de santé) aux premiers signes de la maladie. Elles sont mieux convaincues de l'efficacité du traitement là-bas. Par contre, les résultats de nombreux travaux dont ceux de (Koné 20) et de (Bolduc et al. 96) ont montré l'insuffisance de l'offre institutionnelle des soins qui pose le problème d'accessibilité géographique et un coefficient significativement positif entre la distance du lieu de résidence du patient et le centre de santé dans la demande de soins. Selon Jaffré et De Sardan, il existe aussi des défaillances sur le plan de la déontologie professionnelle (corruption, retards et absences régulières, affairisme de certains personnels de santé). En effet, parmi les raisons souvent évoquées, les critères

économiques sont avancés en faveur des atouts de la médecine traditionnelle dont les coûts de traitement sont jugés bas. Toutefois, une étude de (l'OMS 2) rapporte que l'idée selon laquelle les soins traditionnels sont moins onéreux, est discutable dans la mesure où les modalités de paiement, souvent pour partie en nature et pour partie en argent, engendrent des frais qui n'apparaissent pas forcément au début du traitement. Comme autres déterminants, on peut penser aux lacunes relevées dans les structures de santé modernes, aux croyances et habitudes dont la préférence réside dans la dimension symbolique des pratiques traditionnelles que la médecine moderne n'intègre pas (Cantrelle et Locoh 90 ); ( Benoist, 19). Un vaste champ de la recherche anthropologique et ethnologique a montré que dans différentes sociétés traditionnelles, la maladie n'était pas toujours perçue de façon rationnelle mais considérée comme prenant source dans le monde de l'invisible (Augé 163). Ainsi, (Clements 75) classa les différentes causes de la maladie couramment invoquées dans les sociétés traditionnelles en cinq grands types : incorporation d'un objet maléfique, perte d'une âme, possession par un esprit, violation d'un interdit, agression d'un sorcier. Dans ce contexte de perception transcendante de la plupart des maladies, les solutions/réponses envisagées pour recouvrer la santé passent, le plus souvent, par le recours aux thérapeutes traditionnels (guérisseurs ou magiciens) (Dozon et Sindzingre 86). Enfin, le quatrième type d'automédication est l'association de la médecine moderne et la médecine traditionnelle. Selon (Diarra 10), cette forme de recours a été relevée et traduit la rémanence des pratiques traditionnelles malgré la diffusion de la médecine moderne et l'urbanisation. Cela montre que nonobstant les avancées significatives de la médecine moderne et son acceptation par les populations, celle-ci coexiste avec la médecine traditionnelle. D'une part, parce que les populations africaines aussi bien rurales qu'urbaines restent majoritairement attachées aux croyances ancestrales

associant, de façon implicite ou explicite selon le cas, la maladie aux causes surnaturelles (Augé 84). D'autre part, même urbanisées, les croyances traditionnelles demeurent encore vivaces, les néo-citadins importent en ville leurs pratiques thérapeutiques du milieu rural (Monteillet 99). Le second cas s'intéresse plus à l'état d'aggravation du statut sanitaire du patient ou la méconnaissance de la maladie. Dans cette situation (Faye et al.75) affirment que l'imputation à une cause surnaturelle reprend le dessus et il est alors fait recours à un initié (marabout, guérisseur, etc.) dont on pense qu'il est le seul capable d'obtenir la guérison. C'est ainsi que dans le contexte du CRENI de HNZ, la combinaison ou l'association de la médecine moderne et médecine traditionnelle est monnaie courante chez les mères des enfants malnutris.

A ce niveau, on peut se demander pourquoi le manque partiel de confiance à la médecine moderne avec toutes ses preuves et pourquoi cet attachement à la médecine traditionnelle qui a pourtant montré ses limites. Peut-on insinuer quelque part que c'est un échec de la médecine moderne dans la mesure où la majorité des mères interviewées associent les produits traditionnels au protocole de la prise en charge de la malnutrition.

## Discussion

Selon les résultats de l'observation directe, il ressort de prime à bord, qu'il y a un déficit de communication entre les personnels de santé et les usagers. Les données montrent qu'au CRENI de HNZ, la mauvaise qualité de l'accueil constitue le principal goulot d'étranglement entre les patients et le personnel soignant. Le premier contact détermine parfois la suite de l'éventuelle consultation. Il arrive trop souvent que le malade se décourage devant la non-réponse de cette première consultation. Le renouvellement de l'échec aboutit à l'instauration d'un doute quant à l'efficacité du médecin et peut aller jusqu'à une

désaffection de l'institution hospitalière. Le malade qui a mis tous ses espoirs sur la médecine moderne et qui n'obtient pas de résultats tangibles sans en comprendre les causes car ne recevant pas d'information, va petit à petit se décourager, et va se tourner vers d'autres praticiens, d'autres médecines : *'' le docteur ne m'a pas enlevé le mal''*.

A l'évidence, si le recours thérapeutique est quelque part fonction des facteurs économiques, d'autres facteurs interviennent également lorsqu'il s'agit de traiter des maladies spécifiques pour lesquelles on sollicite prioritairement les services du dispensaire, ou des cas de dermatose, devant lesquels on s'adresse de préférence aux guérisseurs. On comprend aisément qu'à ce niveau, le choix est motivé par le type d'affection, plaçant les deux types de recours thérapeutiques (traditionnel et moderne) non plus dans un rapport de compétition mais de complémentarité dans l'itinéraire thérapeutique. Le CRENI est alors considéré comme un centre spécialisé dans la prise en charge de la malnutrition, de même que chaque tradi-praticien possède ses propres expertises dans le traitement de certaines maladies. Cependant, cela suppose que le choix de l'un ou de l'autre recours thérapeutique ne semble pas à priori privilégier la médecine moderne ou traditionnelle. Dans la logique de (Fainzang 125), on voit donc, d'une part, qu'il n'existe pas de modèle unique d'itinéraire thérapeutique et que les stratégies des patients sont très diverses et, d'autre part, que l'introduction de la médecine occidentale représentée par l'institution du dispensaire n'a pas modifié le schéma dualiste organisant l'ensemble des instances qui prennent en charge la maladie. Dans le même ordre d'idées, le savoir biomédical n'est pas susceptible, à lui seul, d'ébranler en profondeur la perception locale du mal, pour la raison majeure que cette dernière est intimement liée à l'organisation sociale qui l'accompagne (op, cit). Cette analyse a mis en lumière les perceptions des mères sur

la prise en charge de la malnutrition au CRENI de HNZ. Ainsi, il ressort que les mères des enfants en majorité, perçoivent positivement la prise en charge nonobstant quelques insuffisances. Les résultats de la recherche ont montré également que les agents de santé entretiennent des rapports cordiaux avec les mères d'enfants malnutri même si souvent des incompréhensions naissent au cours de leurs interactions. Cette situation, est illustrée à travers les séances de l'observation directe du déroulement des consultations. Partant toujours des résultats, il est aussi révélé que la pluralité de l'itinéraire thérapeutique est une triste réalité dans la ville de Zinder du coup compliquant la prise en charge de la malnutrition au CRENI de HNZ, c'est d'ailleurs ce qui renvoie l'analyse à une discussion des résultats. Ainsi, la qualité des soins est la capacité de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats et contacts humains à l'intérieur du système de soins (Hurlimann 20). A la lumière des résultats de cette recherche, les mères des enfants malnutris perçoivent différemment le CRENI de HNZ. Comme dans la plupart des centres de santé de l'Afrique, l'accueil est dépourvu de chaleur humaine et l'état de santé de l'utilisateur ne préoccupe que très peu des soignants et la prise en charge au CRENI de HNZ est jalonnée des agressions verbales sont fréquentes de la part des soignants avec parfois même des cas de refus de consulter ou de traiter des patients (Habiba 17). C'est partant de ce constat que, l'analyse stratégique soutient qu'aucun individu n'accepte d'être traité totalement et uniquement comme l'objet du fonctionnement ou de l'accomplissement des buts d'une organisation et que les conduites des acteurs ne sont plus vues comme la simple résultante, prévisible, stéréotypée et donc reproductible, des

déterminants structurels, financiers ou psychologiques. A ce niveau, la question qui se pose est de savoir comment la prise en charge au CRENI de HNZ est perçue par les mères ou accompagnantes des enfants malnutris et comment elle s'articule avec les représentations locales de la malnutrition. Autrement dit, le CRENI de HNZ marque-t-il une rupture décisive des soins traditionnels pour recourir aux soins modernes ? Cela revient à poser le problème des choix thérapeutiques offerts à des sujets placés en situation de pluralisme médical pour tenter de comprendre la logique des conduites face à cette alternative (Fainzang 107).

### **Conclusion**

De la perception des mères d'enfants malnutris, on constate que la qualité de prise en charge de la malnutrition est dans une certaine mesure bien perçue par les mères des enfants malnutris en dépit de quelques insuffisances constatées. Celles-ci se traduisent par des malentendus résultant de l'association des produits traditionnels, du mauvais accueil et du référencement tardif des enfants suite au mauvais choix de l'itinéraire thérapeutique qui complique la prise en charge de la malnutrition au CRENI de HNZ. Les résultats de la recherche ont permis de comprendre qu'au CRENI de HNZ, les rapports entre les agents de santé et les mères d'enfants sont souvent conflictuels. Ces conflits sont nés la plupart de temps par l'automédication et les recours thérapeutiques endogènes.

De manière générale, les mères des enfants admis au CRENI ont accepté le référencement parce qu'elles estiment que leurs enfants seront pris en charge intégralement jusqu'à la guérison. Cela montre à juste titre que le CRENI reste un cadre très prisé par la population malgré son intégration à l'hôpital National de Zinder.

Nonobstant les hypothèses de recherche auxquelles ce travail de recherche est parvenu à confirmer ou à infirmer et au même titre que tout travail de recherche scientifique, ces résultats sont loin d'être exhaustif pour cerner les contours du sujet en question. Cependant, en vue de compléter cette recherche et en guise de perspective, une autre étude sur la prise en charge communautaire de la malnutrition serait intéressante. De même, il paraît important d'explorer l'efficacité du système d'intégration en évoluant vers une révision éventuelle ou nouvelle approche plus simplifiée apportant des solutions aux insuffisances identifiées dans le protocole de prise en charge en vigueur au Niger. Enfin, comme perspective à ce travail de recherche, il serait intéressant de l'aborder dans une approche holistique afin de cerner tous ces contours.

#### Note finale

1. Les filles primipares hors mariage
2. Charlatan en langue Hausa
3. Veut dire pédiatrie en langue Hausa
4. Le médicament est une question de chance

#### Bibliographie

Abel Adjet et Djané Adou (2016), *Itinéraires thérapeutiques pluriels et recours tardif des malades de l'ulcère de Buruli dans les centres de prise en charge dans le district sanitaire de Yamoussoukro* (Côte d'Ivoire), ESJ, vol 12, N° 30.

Adolphe Kpatchavi (2012), *Se soigner dans la rue : les usages sociaux du médicament dans les quartiers périphériques de Cotonou (Bénin)*. Cahiers du CERLESHS. XXVII (41). pp.207-239.

Carine Baxerres (1997), *Du médicament informel au médicament libéralisé*, Une anthropologie du médicament Pharmaceutique au Bénin.



Claire Hurlimann (2001), *Approche conceptuelle de la qualité des soins*, ADSP, 28p.

Denis Bolduc et Christophe Muller (1996), *The choice of medical providers in rural Benin: a comparison of discrete choice models*. Journal of Health Economics, 477 p.

Diarra Aïssa et al. (2010), *Mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger Évaluation dans les districts sanitaires*, Afrique contemporaine 2012/3, n° 243 p.77-93, <https://doi.org/10.3917/afco.243.0077>

Erving Goffman (1983), *The interaction order*, American Sociological Review, 48,17p. <http://dx.doi.org/10.2307/2095141>

Frederic Edward Clements (1932), *Primitive Concepts of Disease*. American Archeology and Ethnology, Vol 2 252p.

Garga Habiba (2011), *Etude exploratoire du recours aux soins et de la perception de la qualité des services aux urgences des hôpitaux de Yaoundé*, Mémoire de Santé Publique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Yaoundé. Handel.

Institut National de la Statistique (2013.), *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS IV)*, Niamey, INS Niger.

Isabelle Roy (2016), *Facteurs associés à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans en Haïti*. Département de Démographie, Faculté des arts et des sciences, Mémoire de démographie, 87p.

Issiaka Koné (2012), *Penser Les Enjeux Du Développement Durable Dans Le Monde Contemporain*, Collection : Harmattan Côte-d'Ivoire.

Jaffre Yannick et Jean Pierre Olivier De Sardan (2001), *Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Enquête sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest*, Projet, Unicef, Coopération française, 290p.

Jean Pierre Olivier De Sardan et Bako-Arifari (2011), *La référence obstétricale au Bénin. Etude socio-anthropologique*, Etudes et Travaux du LASDEI, 97p.

Jean-Pierre Dozon et Nicole Sindzingre (1986), *Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle*, Prévenir, Vol 12,52p.

Lawrence Jean et al (2017), *Search for Diabetes in Youth Study. Incidence Trends of Type 1and Type 2 Diabetes among Youths*, 202p. Doi: 10.1056/NEJMoa16101

Marc Augé (1984), *Ordre biologique, ordre social. La maladie, forme élémentaire de l'événement*. In Augé M. (ed.) et Herzlich C. (ed.), *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des archives contemporaines, 35-91p.

Ntsame Monteillet (1999), *Aperçu sur un système de soins : le cas de Mbandjock*. *Anthropologie de la Santé*, 17, 35p.

Patrice Cohen et Ilario Rossi (2011), *Anthropologie des soins non conventionnels du cancer*, *Anthropologie & Santé*, N°2.

Philippe Adam et Claudine Herzlich (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, Coll. 128p. Sylvie Fainzang (2006), *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris, Presses universitaires de France. Google Scholar 10.3917/puf.fainz.2006.

Pierre Cantrelle et Therhse Locoh (1990), *Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest*. Paris : Centre Français sur la Population et le Développement (CEPED) ; DOI : 10.1007/s13149-013-0307-8

Simon Emmanuelle (2012), *Analyses à partir du Benin : L'expérimentation humaine en Médecine Traditionnelle, une pratique à la croisée de deux questionnements éthiques*. Mémoire de Master.

Sylvain Landry FAYE et Al (2004), *Soigner les enfants exclusivement à domicile en cas de paludisme en milieu rural sénégalais : un effet de la pauvreté ? African Population Studies/Étude de la Population Africaine*, 2, 221-240.