

# PERCEPTION DU PALUDISME ET UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES : CAS DES FEMMES ENCEINTES DE LA COMMUNE D'ATTÉCOUBÉ (CÔTE D'IVOIRE)

YAPI MEDARD STEPHEN AKRE

*Doctorant en Psychologie Sociale*

*UFR Sciences de l'Homme et de la Société*

*Université Félix Houphouët-Boigny-Abidjan-Côte d'ivoire*

## RÉSUMÉ

Cet article se propose d'étudier l'influence des variables sociocognitives telles que la perception du risque dans un contexte de prévention d'une maladie comme le paludisme. L'étude a été menée sur un échantillon de cent quatre-vingt-six (186) femmes enceintes. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire. Les informations ainsi obtenues ont été testées à l'aide du Khi deux. Les résultats indiquent une influence considérable et positive de la perception du risque sur le comportement à risque palustre.

Ces résultats constituent la base de nos différentes contributions théoriques et méthodologiques, ainsi que les voies futures de recherches.

## MOT CLÉ

Perception du paludisme

## ABSTRACT

This article aims to study the influence of sociocognitive variables such as the perception of risk in a context of prevention of a disease such as malaria. The study was conducted on a sample of one hundred and eighty-six (186) pregnant women. Data were collected through a questionnaire. The information thus obtained was tested using chi-square. The results indicate a considerable and positive influence of risk perception on malaria risk behavior.

These results form the basis of our various theoretical and methodological contributions, as well as future avenues of research.

## KEYWORD

Perception of malaria

## INTRODUCTION

« La santé est un idéal complet de bien-être physique, mental et, elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie puis d'infirmité» **(OMS 1998)**. Cette définition, marque un réel progrès par rapport à la vision classique qu'avaient les médecins et la population de la santé,

Selon le Dictionnaire d'épidémiologie d'oxford (1993), la santé est « un état caractérisé par l'intégrité anatomique, la capacité de jouer personnellement les rôles familiaux, professionnels et communautaires valorisés : la capacité de faire face au stress physique, biologique et social; un sentiment de bien-être; et une absence de risque de maladie et de mort inattendue» **(DedySéri, cité par Otémé 2015)**. On s'aperçoit qu'il n'existe pas une définition unique quand il s'agit de parler de la santé.

Cette pluralité dans la définition dénote de l'importance accordée à cette réalité sociale. En effet, la santé est un pilier très important du développement de toute société humaine; c'est pourquoi elle apparaît comme une préoccupation majeure de toutes les politiques de développement. Elle est aussi indispensable à la satisfaction des besoins essentiels de l'homme et à la qualité de la vie. C'est l'un des droits fondamentaux de l'homme, tel que défini par la charte internationale des droits de l'homme.

Chaque Etat a donc le devoir de garantir ce droit à tous ses citoyens. Malgré toutes ces initiatives, nos populations sont encore victimes de plusieurs maladies qui mettent en péril leur santé, empêchant ainsi l'amorce d'un développement social, économique, politique, culturel harmonieux et durable.

Parmi celles-ci figure une maladie bien connue, mais qui cependant continue d'être la première cause de consultation et d'hospitalisation en Côte d'Ivoire, il s'agit du paludisme.

Au cours de la 3ème session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine tenue du 9 au 13 avril 2007 à Johannesburg en Afrique du Sud, le constat a été encore fait que le paludisme demeure le problème de santé publique le plus grave en Afrique.

Environ 24% de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans en Afrique sont dus au paludisme ou aux maladies apparentées au paludisme. Presque tous les pays ont mis en place des partenariats nationaux pour renforcer la collaboration et les efforts de coordination dans le contrôle du paludisme. Depuis la création du partenariat Roll Back Malaria en 2008, de remarquables progrès ont été réalisés concernant la lutte mondiale contre le paludisme. En effet, jusqu'à ce jour, plus de 4,3 millions de décès dû au paludisme ont été évités. Cependant, les avancées sont fragiles et réparties de façon inégale. En 2013, plus de 3 milliards de personnes étaient toujours exposés

aux risques liés au paludisme. C'est pourquoi lors de l'assemblée mondiale de la santé tenue le 20 Mai 2015 à GENÈVE, les États membres de l'OMS ont adopté une nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le paludisme pour la période 2016-2030.

Cette stratégie vise à réduire la charge mondiale du paludisme de 40% d'ici 2020, et d'au moins 90% d'ici 2030. Elle vise aussi à éliminer la maladie dans 35 nouveaux pays au moins d'ici 2030. Il a été remarqué que, même si quelques avancées ont été réalisées en ce qui concerne l'accès effectif au traitement et aux services de prévention du paludisme l'ampleur des progrès réalisés est plutôt limité. L'une des raisons de cet écart reste l'adhésion et l'adoption des mesures de prévention telles que les moustiquaires imprégnées. Or, les travaux de **Lengeler et al. (1997)** révèlent que les moustiquaires imprégnées sont les mesures de prévention adaptées de nos jours à la promotion d'une approche fondée sur des soins de santé.

Au vu de ce qui précède, nous pensons qu'entreprendre une étude sur les facteurs influençant l'utilisation de la moustiquaire imprégnée aiderait à mieux comprendre ce qui constitue le blocage, mais surtout à mieux orienter les éventuelles stratégies de lutte contre le paludisme. Ainsi, cette étude se propose de montrer l'influence des facteurs sociocognitifs sur l'attitude envers l'utilisation des moustiquaires. Autrement dit nous voulons mesurer l'effet de la de la représentation du paludisme sur l'adoption ou non du comportement à risque palustre.

## 1. POSITION DU PROBLÈME

En Côte d'Ivoire, plus de 90% de la population est également exposée au risque du paludisme. Cette maladie est le premier motif de consultation et d'hospitalisation dans les formations sanitaires car elle cause en moyenne le décès de huit (8) enfants de moins de cinq (5). En moyenne, chaque heure, huit (8) enfants meurent de cette maladie dans notre pays, soit 173 enfants par jour (MICS, 2006). Selon la DIPE (2008), l'incidence du paludisme générale est de 76,08 pour mille habitants. Chez les enfants de cinq (5) ans, cette maladie a une prévalence de 133,38 pour mille habitants et présente 62,44% des causes d'hospitalisations. La létalité hospitalière se situe entre 5 et 25% (DSRP, 2009). En plus, la proportion des femmes enceintes testées positives au paludisme est plus élevée dans le milieu urbain (11%) que dans les zones rurales (5%) (EDSCI-III, 2011-2012).

Que faire pour freiner l'avancée de cette pandémie ?

La réponse que propose l'état c'est la prévention contre le paludisme à travers l'usage de Moustiquaires imprégnées. Dans cet élan, toutes les femmes enceintes y ont droit car elles représentent la priorité du gouvernement. Ainsi, toute femme enceinte reçoit une moustiquaire lors de ses consultations prénatales. Quand ce n'est pas le cas, c'est à travers des campagnes de distribution gratuite des moustiquaires.

Malheureusement, la réalité contraste avec les prévisions (39% selon EDS 2011-2012). La plupart des moustiquaires reçues ne sont pas utilisées ou mal utilisées. Aussi, lors des campagnes de distribution massive de ces infrastructures, est-il donné de constater un réel engouement laissant présager de l'importance que revêtent ces moustiquaires pour ces populations. C'est la raison pour laquelle à ces périodes, les spectacles auxquels tous assistent sont les suivants : des populations se précipitant et se bousculant pour recevoir leurs moustiquaires ; certaines sont aperçues avec plusieurs. Le moins que l'on puisse dire est que les centres de distributions ne désemplissent pas. Ces comportements sont perceptibles chez toutes les classes d'âges (jeunes, adolescents, personnes âgées). Or, entre ce qu'il est donné d'observer lors de la réception et la réalité ou la pratique, le fossé reste grand. Selon **Otémé (Op.cit)**, les moustiquaires sont utilisées par les femmes enceintes à d'autres fins (éponges de bain, éponges de vaisselle, rideaux de bistro...).

Comment donc expliquer cet écart dans le comportement des femmes enceintes avec les avantages de la prévention contre le paludisme et quand on sait les risques liés à cette maladie? Quels sont les facteurs explicatifs de cette métaphore théâtrale (**Goffman, 2005**).

Dans leurs tentatives de trouver des réponses face à cet écart entre le comportement prévu et celui constaté, plusieurs travaux ont vu le jour. Et plusieurs variables ont été mises en évidence dans la tentative d'explication de cette réalité.

Par exemple, Le niveau d'instruction est une variable qui a été abondamment étudiée pour expliquer également les comportements sanitaires. L'instruction implique des changements dans les comportements, les attitudes et la manière de penser, se traduisant par une meilleure utilisation des services de santé modernes et des meilleures pratiques de santé dans le ménage (**Hobcraft, 1993**). En effet, l'instruction permet à la femme de réaliser des progrès au niveau de sa vie : une instruction élevée donne à celle-ci un accès à un emploi formel et entraîne par conséquent un accès aux ressources économiques ; ce qui contribue également à accroître ses connaissances concernant divers aspects de la vie (la santé, la contraception, etc.) (**Rakotondrabe, 2001**). De plus, l'instruction offre une plus grande ouverture de la femme au monde extérieur lui permettant de rompre facilement avec les comportements traditionnels néfastes à sa santé (**Hobcraft, op.cit.**). Or, **Seck et al (2008)** dans leur étude au Sénégal ont démontré qu'il n'existait pas une différence significative dans le fait de dormir sous une moustiquaire entre les femmes enceintes instruites et celles non instruites.

Le milieu de résidence a été également cité dans l'explication de la non utilisation des moustiquaires imprégnées par les femmes enceintes. A ce sujet, **Aholouké (2006)** montre que 58% des habitants des zones urbaines ont recours à une moustiquaire. On serait donc tenté de penser que le paludisme est moins prononcé en milieu urbain

qu'en milieu rural. Mais, le constat est que le paludisme sévit aussi bien en milieu rural qu'urbain.

D'un point de vue déterministe, nous ne pouvons ignorer l'influence du social et du culturel dans la façon d'agir et de faire des individus. Elle a donc une valeur normative. De ce fait, la représentation d'un phénomène détermine notre comportement. Aussi, lorsque la maladie apparaît-elle, la personne atteinte mais aussi l'entourage tente de s'en faire une représentation. Ya-t-il un lien significatif entre la perception de la maladie et l'adoption de l'itinéraire thérapeutique?

Le paludisme est l'une des rares maladies qui a une appellation dans de nombreuses langues en Afrique. Cela démontre que cette maladie est connue des populations depuis longtemps, au point où cela engendre chez les individus une série de conséquences comportementales vis à vis de la maladie. Ces conséquences entravent certainement l'adhésion de ces derniers à des mesures de préventions et ont des répercussions sur l'itinéraire thérapeutique.

Une représentation est selon **Moscovici (1961)** une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social donné. Autrement dit, la représentation est une idée que l'on pourrait se faire de quelque chose, d'une maladie, d'un traitement, etc.

La représentation émerge d'une idée que l'individu peut avoir sur sa maladie par rapport à ses connaissances et à son propre ressenti. Il se réfère à ces idées, mêmes erronées. Le concept de représentation est issu de la psychologie du développement et de la psychologie sociale. Pour la psychologie du développement, elle désigne l'interprétation personnelle du phénomène. Une « représentation peut être considérée comme un modèle personnel d'organisation des connaissances par rapport à un problème particulier » (**Migne, 1970**). La construction des représentations pour l'individu s'effectue sur son vécu de la maladie.

Pour la psychologie sociale, Durkheim « désigne une interprétation collective d'un phénomène, d'un univers socialement partagé ». **Moscovici (1996)** définit la représentation sociale comme « *une modalité de connaissance particulière ayant pour fonction l'élaboration des comportements et la communication entre les individus* ». Ces représentations font parties de l'entourage extérieur des individus, elles ne font pas parties d'eux, mais, orientent leurs attitudes et leurs comportements. Les connaissances d'une personne s'élaborent tout au long de sa vie par des influences multiples : milieu culturel, social, familial, parcours scolaire, activités professionnelles, médias, ... Les origines de ces représentations sont multiples et vont varier selon les individus, elles évoluent également au cours de l'histoire, le statut ou les caractéristiques de certaines professions (enseignants, médecins, infirmières, cadres...). Les connaissances, expériences, vécu et émotions permettent de penser,

communiquer et d'agir. Chaque individu possède donc sa propre représentation de la maladie, de sa cause, de sa durée, de son traitement et aussi la représentation de sa propre vulnérabilité et de sa propre conscience du pouvoir réel de la médecine.

La perception de la maladie est construite à partir de trois sources d'information : les représentations collectives directement disponibles, les données transmises par le milieu médical et enfin, l'expérience que la personne fait de la maladie. Lorsque ces trois sources d'information constitutives de la perception de la maladie sont lacunaires, des facteurs conatifs et cognitifs (traits de personnalité et croyances plus profondes) peuvent jouer un rôle prépondérant à la construction d'une représentation.

D'après **Leventhal et al (1980 ; 1992)**, la perception de la maladie agit comme filtre dans les opérations cognitives. C'est alors la perception de la maladie qui est évaluée plutôt que la situation objective et réelle. Côté ressources, nous retrouvons de nouveau les composantes de la perception de la maladie. Les représentations vont donner lieu à des résultats d'évaluations différents. Par exemple, une perception de conséquences graves, avec handicap et perte d'emploi et un fort contrôle personnel donnera une représentation des ressources plutôt importante. En revanche, une perception de la maladie avec des conséquences moins importantes et n'empêchant pas de fonctionner quotidiennement, avec aucune possibilité d'agir sur l'évolution de la maladie peut donner une évaluation de ressources plus faible. Les stratégies choisies dépendant de ces évaluations, elles seront probablement différentes.

La plupart des études réalisées sur ce sujet sont d'ordre médical ou sociologique, d'une part. D'autre part, peu de recherches à notre connaissance dans le champ de la psychologie, se sont intéressées au phénomène du paludisme en particulier. Ainsi, entreprendre une telle étude contribue sans doute à l'avancement des connaissances scientifiques sur les causes de la non-utilisation des moustiquaires imprégnées. D'où l'intérêt scientifique de ce présent travail de recherche.

En clair, notre étude vise à montrer le rôle de la représentation du paludisme dans l'adoption ou non des comportements à risque palustre. De cette idée découle l'hypothèse suivante :

## **2. HYPOTHÈSE**

Les femmes enceintes qui minimisent les risques du paludisme (risques faibles) sont moins enclines à utiliser les moustiquaires imprégnées que leurs paires qui les surestiment (risques élevés).

### 3. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

#### Description des variables

Pour formuler notre hypothèse de recherche, nous avons opposé deux variables. Une indépendante et l'autre dépendante. La perception du risque du paludisme représente la Variable Indépendante (VI) avec deux modalités (**risque élevé/risque faible**) et l'utilisation de la moustiquaire est la Variable Dépendante (VD) avec également deux modalités (**utilisation/non utilisation**).

### 4. PARTICIPANTS

Pour cette étude, nous avons interrogé 186 femmes enceintes âgées de 20 à 40 ans résidentes permanentes à Attecoubé, une commune du District d'Abidjan disposant ou non de moustiquaires. L'objectif était d'apprécier également le taux de possession de la moustiquaire.

### 5. MÉTHODE D'ENQUÊTE

Pour la collecte des données, le questionnaire a été retenu comme outil. L'enquête s'est déroulée dans les quatre centres de santé de la commune. Il s'agit du centre de santé urbain d'attecoubé village, du CSU d'Abobodoumé, du CSU de Mossikro et du CSU de Santé (Sous-quartier d'Abobodoumé). Les femmes étaient interrogées après les séances de consultation prénatales. Le questionnaire était ainsi remis à chacun de nos sujets afin de le remplir sur place. Des précisions ont été apportées aux sujets chaque fois que cela s'est avéré nécessaire. Il a donc été exclu de la passation, la possibilité de laisser l'enquêté partir avec le formulaire du questionnaire.

Notre questionnaire a comporté trois parties. La première est relative aux informations sociodémographiques notamment l'âge, le motif de consultation, le lieu de résidence, le statut matrimonial, la profession et le niveau d'étude et la possession de la moustiquaire.

La deuxième partie concerne la perception du risque du paludisme. Elle met en lumière le paludisme tel que perçu et apprécié par la femme enceinte. Notre instrument de mesure a été inspiré de l'échelle de mesure l'IPQ-R. C'est un important instrument de mesure de la représentation de la maladie de l'individu en situation de maladie. Il a donc été adapté au besoin de cette recherche.

### 6. MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES.

Pour cette étude, seule la variable indépendante a fait l'objet de dépouillement a

proprement dit. Ainsi, les réponses aux items à valence positive sont cotées comme suit : (Tout à fait d'accord = 5 à - Pas du tout d'accord = 1) ; A l'inverse les items à valence négative sont cotés de la façon suivante : (Tout à fait d'accord: 1 à - Pas du tout d'accord : 5). Chaque individu est amené à donner son opinion en marquant son degré d'accord.

La procédure de cotation des réponses à l'échelle mesure du risque perçu du paludisme est la suivante : Les réponses aux items à valence positive (item 2, 5, 7, 8, 10, 12, 14 et 17) sont cotées comme suit : (Tout à fait d'accord = 5 à - Pas du tout d'accord = 1). A l'inverse les items à valence négative (item 1, 4, 6, 9, 11, 13, 15, 16 et 18) sont cotés de la façon suivante: (Tout à fait d'accord : 1 à - Pas du tout d'accord=1).

Le résultat obtenu correspond à une note du niveau du risque perçu du paludisme. La distribution des notes de notre population dans ce cas varie de 18 à 90. Le score médian sera donc égal à 54. De ce fait, un sujet ayant une note supérieure à cette note médiane est considéré comme un sujet percevant des risques élevés (gravité du paludisme). Alors qu'un sujet ayant un score inférieur à 54 sera considéré comme percevant des risques faibles (non gravité du paludisme).

## 7. PRÉSENTATION, ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

### Présentation, Analyse des résultats

**Tableau 1 : Répartition des effectifs des femmes enceintes selon la perception du risque du paludisme**

perception du risque du paludisme	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Risques faibles	103	55,37
Risques élevés	83	44,62
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100</b>

A la lecture de ces résultats, on s'aperçoit que sur les 186 femmes enceintes de notre échantillon, 103 perçoivent les risques liés au paludisme comme faibles, soit 55,37% des réponses contre 83 qui perçoivent les risques comme élevés, soit 44,62 % des réponses données.

**Tableau 2: Répartition des effectifs des femmes enceintes selon l'utilisation de la moustiquaire Imprégnée**

Utilisation de la moustiquaire	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	64	34,4
Non	122	65,6
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100</b>

Alors que les précédents résultats montrent que sur l'échantillon de femmes enceintes interrogées, il y'avait plus de femmes possédant la MII, on constate que l'utilisation n'obéit pas forcément à cette loi. Ainsi, sur les 186 femmes qui ont répondu à notre questionnaire, seulement 64 utilisent la MII, soit 35% des personnes interrogées contre 122 qui n'utilisent pas avec une proportion de 65% des réponses.

**- Perception du risque de la maladie et comportement à risque palustre**

**Tableau 3 : distribution des fréquences des femmes enceintes selon l'influence de la perception des risques de la maladie sur le comportement à risque palustre.**

	Usage de la moustiquaire	Non usage de la moustiquaire	Total
Perception des risques la maladie	n (%)	n (%)	n (%)
Risques faibles	27 (26,2)	76 (73,8)	103 (100)
Risques élevés	37 (44,6)	46 (55,4)	83 (100)
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>122</b>	<b>186 (100)</b>

$\chi^2 = 6,86$  ( $p < 0,05$ )

La lecture de ce tableau montre que sur 103 femmes enceintes qui ont une mauvaise perception du paludisme (risques faibles), 27 utilisent la moustiquaire imprégnée, alors que 76 n'en font pas usage. Parmi les 83 qui ont une bonne perception du paludisme (risques élevés), il y en a 37 qui n'utilisent pas la moustiquaire, pour 46 utilisatrices.

A l'aide du  $X^2$  nous avons croisé la variable perception des risques de la maladie à deux modalités à savoir « mauvaise perception » (risques faibles) et « bonne perception » (risques élevés) et la variable « comportement à risque palustre » avec aussi deux modalités à savoir : « usage de la moustiquaire » et « non-usage de la moustiquaire ».

Les résultats donnent un  $X^2 = 6,86$  à 1ddl, et une marge d'erreur  $p < 0.05$ . Il existe donc une différence significative entre la valeur théorique et la valeur calculée du khi deux. Nous rejetons donc l'hypothèse ( $H_0$ ) et acceptons l'hypothèse de travail  $H_1$ .

Ainsi, il y a donc une différence significative entre l'utilisation des moustiquaires imprégnées des deux groupes de femmes enceintes. Autrement dit, il existe une relation de significativité entre la perception du risque de la maladie et l'utilisation de la moustiquaire imprégnée.

Notre hypothèse selon laquelle les femmes enceintes qui perçoivent faiblement les risques du paludisme sont moins enclines à utiliser les moustiquaires imprégnées comparativement à leurs homologues qui en ont une perception plus élevée du risque est confirmée.

## 8. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Nous avons à travers notre hypothèse, mis en relief le lien entre la perception du risque lié au paludisme et le comportement à risque palustre. Autrement dit, notre hypothèse qui stipule que les femmes enceintes qui perçoivent les risques du paludisme comme étant élevés ont plus tendance à se tourner vers la moustiquaire comparées à leurs homologues qui perçoivent les risques comme étant faible est vérifiée.

L'examen des résultats relatifs à cette hypothèse à la lumière des conclusions de travaux de certains auteurs met en évidence quelques similitudes.

**Godfrey et al. (op.cit)** ont tenté à travers le HealthBelief Model d'expliquer l'utilisation par la population des services de santé. Par la suite, il a été utilisé pour comprendre les comportements associés à la prévention des maladies (par exemple, la vaccination). Le HBM pose comme prémisse qu'un individu est susceptible de poser un geste pour prévenir une maladie ou une condition défavorable s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et s'il considère la santé comme une dimension d'importance dans sa vie. Ce modèle identifie donc des déterminants principaux de la « décision d'agir », à savoir : la perception des menaces personnelles liées à l'apparition du problème (le risque perçu), la croyance en l'efficacité de l'action à entreprendre et la perception des coûts / coûts sociaux / barrières diverses. Au-delà de ces déterminants directs, plusieurs variables démographiques (âge, sexe, etc.) et psychosociales (catégorie sociale, profession, niveau d'éducation, etc.) vont

influencer la perception des différentes menaces et croyances qui viennent d'être décrites.

Nos résultats corroborent également les conclusions des travaux de **Kroeger (1983)**. Il a englobé dans son étude l'ensemble des déterminants, proches ou non, des pratiques thérapeutiques. Il classe les déterminants en trois catégories majeures: les caractéristiques individuelles, les caractéristiques de la maladie et les caractéristiques du système de soins. Les caractéristiques individuelles, agissant comme facteurs prédisposant, regroupent des facteurs sociodémographiques, économiques et socio-psychologiques. Les caractéristiques de la maladie et du cadre étiologique dépendent de la sévérité, de la durée et de l'interprétation de l'origine du mal. Les caractéristiques du système de soins décrivent la diversité de l'offre, son accessibilité spatiale et financière, sa qualité et son efficacité.

Nos résultats sont renforcés par la Théorie de l'Action raisonnée élaborée par **Ajzen et Fishbein (1980)**. Cette théorie souligne le rôle central de certaines cognitions sociales, comme les normes sociales et les normes subjectives dans la genèse de certains comportements. En outre, elle intègre à la fois des croyances (relatives aux conséquences d'un comportement) et l'évaluation de ces conséquences, l'ensemble constituant les attitudes. Comme le montre également **Schwarzer (1992)**, certains facteurs tels que la vulnérabilité et gravité perçue, croyances, intentions et l'auto-efficacité perçue sont des déterminants prédictifs de l'adoption des comportements sains. Ce modèle situe bien l'individu dans son contexte psychosocial et laisse de la place à des processus d'évaluation ».

La recherche de contrôle ou de prévention de la maladie peut dépendre de la représentation que les individus ont de cette maladie. Il s'agit souvent de perception «profane» produite par le malade opposée à la perception «savante» (médicale) de la médecine. Les perceptions profanes sont construites au sein de la pensée sociale et culturelle (**Morin, 1996**). Elles peuvent être réparties en plusieurs composantes: surtout la dénomination, le sens et les causes données à la maladie, mais aussi les symptômes, la temporalité, les conséquences. (**Pucheu et al. 2005 ; Pedinielli, 1996**). Deux perceptions ont été exprimées par les femmes enceintes à travers l'entretien: le paludisme est une maladie sans grands risques et alors que le SIDA ou le cancer est une maladie dangereuse. Si la femme enceinte pense que le paludisme effraye parce qu'il s'agit d'une maladie grave, destructrice, celle-ci peut développer de faibles croyances de contrôle, voire un sentiment d'impuissance la conduisant ainsi vers des moyens de prévention tels que la moustiquaire. A contrario, lorsqu'elle pense que le paludisme est une maladie quelconque aux conséquences faibles, cela va augmenter ses croyances de contrôle et donc la détourner des moyens de prévention.

Comme nous, des auteurs ont trouvé un lien entre perception du risque et comportement. C'est le cas d'une étude menée par **McCool, et al. (2009)**. Les auteurs

invitent 3371 personnes qui fréquentent les plages en Nouvelle Zélande, à compléter un questionnaire. Le questionnaire mesure la gravité perçue du risque de noyade pour soi, la vulnérabilité perçue, l'efficacité perçue des mesures de prévention, la capacité perçue à appliquer ces mesures, la peur d'éprouver des difficultés pendant qu'on nage et les comportements pendant la nage durant l'année écoulée. Pour cette dernière variable, les participants sont invités à se prononcer sur deux items portant sur leur comportement durant l'année écoulée à savoir « nager entre les balises de sécurité » et « nager après avoir bu », sur une échelle du type Likert en quatre points. Les résultats de cette étude montrent un lien positif entre la menace perçue du risque de noyade et le comportement de nage sur l'année écoulée d'une part, et entre la capacité perçue à appliquer les mesures de prévention et le comportement de nage d'autre part.

Nous pouvons également mentionner une étude **d'Ivers et al. (2009)**, qui confirme le lien entre perception du risque et comportement dans le domaine de la circulation routière. Les auteurs invitent 20 822 conducteurs novices à compléter un questionnaire comportant une échelle de risque perçu et de comportements de sécurité rapportés. Deux ans plus tard, ils recueillent le nombre d'accidents subis dans cette cohorte. Ils observent une corrélation positive et significative entre le risque perçu et les comportements de sécurité rapportés d'une part, et une corrélation négative entre le risque perçu et les accidents impliquant les participants d'autre part. En d'autres termes, plus les participants perçoivent le risque routier comme étant élevé, plus ils rapportent des comportements sécuritaires. L'étude de **McCool et al. (op.cit)** et celle de Ivers et al. (opt.cit) montrent bien que le comportement passé est susceptible d'affecter le risque perçu qui à son tour, affecte le comportement futur.

Contrairement aux résultats de notre étude, des auteurs ont plutôt mis en lumière des conclusions mitigées.

Dans cette veine, **Kouabenan (2009)** note que les résultats sur le lien entre le risque perçu et le comportement de protection, quoi que fort plausible, sont plutôt mitigés. Ainsi, « certaines études concluent à une influence positive de la perception du risque sur le comportement de protection quand d'autres au contraire concluent à une relation négative entre perception du risque et comportement » (**Kouabenan, opt.cit**). Il rapporte pour ce faire, une étude de Bellrose et Pilisuk qui montre que malgré le niveau de connaissance des risques de leurs métiers, des spécialistes de protection contre les radiations et les pompiers semblent les tolérer. Il explique cette tolérance par le fait que la gestion de ces risques leur procure une certaine identité professionnelle, une certaine satisfaction et une image publique valorisante. Cette étude montre que la connaissance de certains risques peut plutôt pousser l'individu à les affronter dans certaines conditions.

S'agissant de l'effet contradictoire du risque perçu sur le comportement, nous

pouvons citer une étude de **Otten et van der Pligt (1992)**. Ces auteurs expliquent l'échec à trouver un lien entre la perception du risque et le comportement par le fait que les études ne prennent pas en compte le comportement antérieur. Ils expliquent qu'un comportement risqué dans le passé conduit à faire des évaluations élevées de risque pour des événements négatifs à venir. En fait, ils observent un lien entre le comportement passé et l'évaluation du risque d'une part, et entre le comportement passé et le comportement futur d'autre part.

Van der Pilgt ((1996) explique également cet échec à établir un lien entre la perception du risque et le comportement par le fait que la plupart des études ne reposent pas sur des évaluations conditionnelles. L'évaluation conditionnelle consiste à inviter l'individu à évaluer le risque pour soi en tenant compte de ses pratiques comportementales actuelles ou des changements probables dans ces pratiques.

En se référant à **Stasson et Fishbein (1990)**, on note qu'en procédant par des mesures conditionnelles, le lien entre perception du risque et comportement semble plutôt indirect et médiatisé par les attitudes, les croyances, les pressions sociales et les normes subjectives.

Dans ces conditions il conviendrait de prendre en compte l'effet médiateur de ces variables dans la compréhension de cette relation, entre la perception du risque et le comportement à risque palustre. Certes, cette question reste certainement à approfondir, mais elle dépasse le cadre de la présente étude.

## CONCLUSION

Cette recherche a permis de mettre en exergue le rôle de la perception de la maladie sur le comportement d'utilisation de la moustiquaire chez les femmes enceintes. Ainsi, au niveau théorique, ce travail a nécessité le recours à plusieurs variables et modèles théoriques avec une méthodologie rigoureuse.

Concernant le premier niveau théorique, cette étude présente une certaine originalité car, elle s'inscrit dans les quelques recherches qui ont abordé la question du comportement des individus dans le cadre de la prévention face à la maladie.

D'un point de vue social, les résultats de cette étude nous obligent à prendre en compte les aspects cognitifs dans les programmes de santé. Désormais, l'on devrait comprendre que la santé est plus large que la médecine, c'est pourquoi il ne suffit plus de décider et mettre des moyens de lutte contre les maladies à la disposition des populations sans avoir au préalable mené une étude d'ordre social basée sur l'individu.

Notre étude a été menée en zone urbaine. Ce qui ne permet pas une généralisation

des résultats à toutes les femmes enceintes de Côte-d'Ivoire. C'est pourquoi, une étude sur l'utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes en milieu rural serait une piste intéressante à explorer pour les futures recherches.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ajzen, I. Et Fishbein, M. (1980). Théorie De L'action Raisonnée Appliquée Au Comportement Moral - Une Analyse Confirmatoire. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 62 (1), 98-109.

AKRE, S. (2020). Attributions, Représentations de la maladie et Comportement à risque palustre chez les femmes enceintes de la Commune d'Attécoubé (Abidjan-Cote d'ivoire), Thèse Unique de Doctorat en Psychologie en instance de soutenance.

DSRP.(2009). République de Côte d'Ivoire: Stratégie de relance et de réduction de la pauvreté Documents de Stratégies de Réduction de la Pauvreté ; Ministère du Plan et du Développement; DSRP-Version finale.

EDS.(2012). Enquête démographique et statistique 2011-2012. Institut National de la Statistique de Cote d'Ivoire.

Erving, G. (2005). La métaphore théâtrale ».La sociologie de Erving Goffman. La Découverte, 2014, pp. 19-34.

Hobcraft, J. (1993). Education des femmes, protection de l'enfance et survie de l'enfant : examen des données probantes. *Revue de transition en matière de santé : les déterminants culturels, sociaux et comportementaux de la santé*, 3 (2), 159-175.

Houloupke, A. (2003). Etude des représentations socioculturelles liées à la moustiquaire imprégnée en milieu rural au Bénin : cas de l'arrondissement d'Ouédo a Abomey-calavi, (Thèse de sociologie), Université d'Abomey-calavi.

Kouabenan, D. (2009). Rôle des croyances dans l'analyse et la prévention des accidents et des risques. *In safety science*, 47 (6).

Kroeger, A. (1983). «Anthropological and socio-medicalhealth care research in developing countries». *Social science and medicine*, 17(3), 147-161.

Legenler, C. (1997). Un mur contre la malaria : du nouveau dans la prévention des décès dus au paludisme », article, canada, OMS /CRDI, 1997, 219P.

Leventhal, H. et al. (1980). Représentations de la maladie et adaptation en tant que prédicteurs du bien-être émotionnel chez les adolescents atteints de diabète de type 1. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (7), 485-493.

- Leventhal, H. et al. (1992). Autorégulation, santé et comportement: une approche perceptuelle-cognitive. *Psychology and Health*, 13 (4), 717-733.
- Mccool, J. et al. (2009). Adopter une approche de perception des risques pour améliorer la sécurité de la natation sur la plage. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16 (4), p360.
- MIGNE, J. (1970). Pédagogie et représentations. In *Éducation permanente*, 8.
- Moscovici, S. (1996). *Psychologie des Minorités Actives*, Quadrige, Presses Universitaires de France, Paris.
- Morin, M. (1996). Perspectives de recherche pour l'étude empirique de l'explication sociale des maladies. *Psychologie Française*, 41 (2), 147-154.
- Otten, W. et van der Pligt, J. (1992). Perception du risque et comportement d'autoprotection. *Psychologie européenne*, 1 (1), p 34.
- OMS (1998). Surveillance épidémiologique en vue de l'élimination du paludisme. 20<sup>ème</sup> rapport, Genève, OMS.
- Otemé, A. (2015). Milieu Familial, Perception de Soi Et marginalité Sociale des Enfants De La Rue. Thèse de doctorat de Psychologie Sociale, université Felix Houphouet-boigny, 92-200.
- Pedinielli, J. (1996). Les théories étiologiques des malades. *Psychologie française*, 41, (42), 137-145.
- Pucheu, S., Consoli, M., Landi, L. et Lecomte, T. (2005). Personality, illness perceptions and adjustment to cancer disease: comparative study. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, vol4, p 270.
- Rakotondrabe, F. (2001). Contribution du genre à l'explication de la santé des enfants : cas de madagascar. C olloque international Genre, population et developpement en Afrique, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Schwarzer, R. (1992). Auto-efficacité dans l'adoption et le maintien de comportements de santé: approches théoriques et nouveau modèle. (Éd. Dans R. Schwarzer.), *Self-fficiency: Thought control of action*, 217-243.
- Seck, T. et al. (2008). Spermogénèse et ultrastructure des spermatozoïdes de *cotylophoroncotylophorum* (Trematoda, Digenea, paramphistomidae), un parasite de bostarus au Sénégal. *Recherche en parasitologie*, 103 (1), 157-166.
- Stasson, M. et Fishbein, M. (1990). La relation entre le risque perçu et l'action préventive: une analyse intra-sujet du risque de conduite perçu et de l'intention de

porter la ceinture de sécurité. *Journal of applied social psychology*, 20 (19), 1541-1557.

Van der Pijlt, J. (1996). Perception du risque et comportement d'auto-protection. *Psychologie européenne*, 1(1), 34-43.

Bellrose et Pilisuk