

ANTHROPOLOGIE MÉDICALE

Contribution de la recherche anthropologique à la connaissance de la leishmaniose viscérale infantile en Tunisie.

A. Bouratbine (1), H. Moussa (2), K. Aoun (1) & R. Ben Ismaïl (1) (3)

(1) Laboratoire de parasitologie clinique, Institut Pasteur de Tunis, 13 place Pasteur, BP 74, 1002 Tunis, Tunisie. Tél : 216 1 792 429 , fax : 216 1 791 833

(2) Direction des soins de santé de base, Ministère de la santé publique, Tunis, Tunisie.

(3) Manuscrit n°1876. "Anthropologie médicale". Accepté le 25 novembre 1997.

Summary: The Contribution of Anthropology to The Study of Visceral Leishmaniasis in Tunisia.

In order to determine the social and cultural factors which delay hospitalization of children suffering from visceral leishmaniasis (VL), a study was carried out in the rural area of Kairouan (Tunisia). Qualitative techniques were used to investigate beliefs and behaviours associated with the symptoms of VL. The study has demonstrated that the folk interpretation of the disease interferes largely with the choice of the therapy. Regarding VL, the subdivision of the disease into two groups of symptoms, fever and splenomegaly, incites parents to consult doctors in the presence of fever and use traditional healers when splenomegaly appears. This is responsible for long delays before the patients can have access to official health care. This investigation clearly demonstrated that a health education programme is needed in VL endemic areas in Tunisia in order to shorten delays between the appearance of symptoms and their diagnosis. For this objective to be achieved, it would also seem necessary to implement simple serodiagnostic techniques at the periphery level.

Résumé :

Dans le but d'appréhender les facteurs socioculturels pouvant interférer dans le délai de la prise en charge des enfants atteints de leishmaniose viscérale (LV), une enquête utilisant des techniques qualitatives de recherche a été réalisée en 1994 et 1995 dans les zones rurales de la région de Kairouan (Tunisie), où l'on compte actuellement le plus grand nombre de cas de LV.

Cette étude montre que l'interprétation populaire de la maladie influence largement les choix et conduites thérapeutiques. Dans le cas de la LV, la maladie est subdivisée en deux temps, la fièvre puis la splénomégalie. Ces deux symptômes sont interprétés différemment par la population et font l'objet de recours thérapeutiques distincts. Si la fièvre conduit immédiatement chez les médecins, la splénomégalie qui se développe ensuite apparaît comme relevant de thérapies traditionnelles, ce qui écarte l'enfant du système institutionnel de santé, retardant la prise en charge en milieu pédiatrique. Ce travail illustre une collaboration qui a contribué à préciser les facteurs socioculturels en cause dans un problème de santé. Il conduit à une autre question, celle de l'éducation en vue de la prévention de cette maladie rare mais grave.

Key-words: Visceral leishmaniasis - Child - Splenomegaly - Medical anthropology - Tunisia

Mots-clés : Leishmaniose viscérale - Enfant - Splénomégalie - Anthropologie médicale - Tunisie

Introduction

La leishmaniose viscérale (LV) sévit en Tunisie, à l'état sporadique, sous sa forme infantile méditerranéenne (11). L'incidence annuelle est aux alentours de 130 cas par an (8). Les enfants touchés sont essentiellement originaires du nord et du centre du pays, provenant de zones rurales ou semi-urbaines et issus de milieux modestes (2, 4, 5, 8). Le plus grand nombre de cas est actuellement enregistré dans le gouvernorat de Kairouan, essentiellement dans ses délégations nord (5, 8). Le temps qui sépare l'apparition des premiers symptômes de la maladie et l'hospitalisation en milieu spécialisé est généralement long. En effet, l'analyse des dossiers médicaux des enfants atteints de LV montre que ce délai oscille entre 15 jours et un an et demi ; dans 60 % des cas, il est supérieur à deux mois (5). Le tableau clinique à l'admission comprend, outre la fièvre, une splénomégalie dépassant l'ombilic (80 %

des cas) et une anémie souvent importante (< à 5 gr/100 ml dans 29,5 % des cas) (5). L'altération de l'état général de ces enfants retarde souvent la mise en route d'un traitement spécifique efficace et explique probablement le fort taux de létalité qui est de 9 % (5).

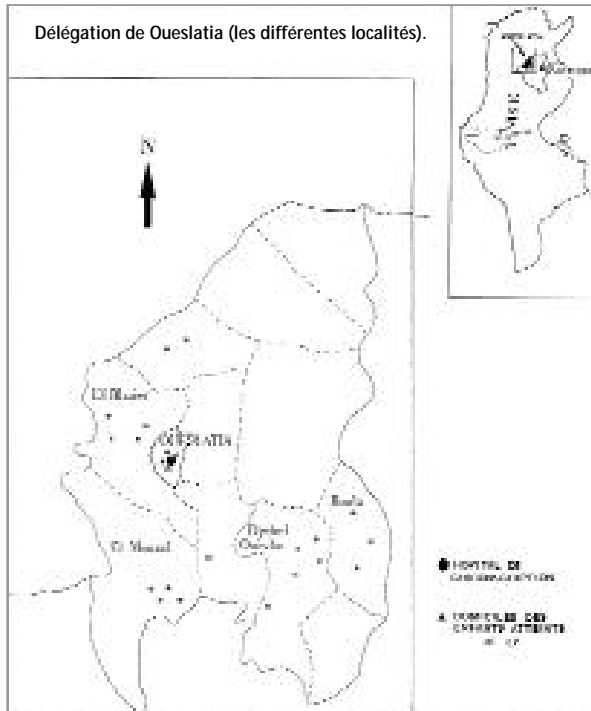
Le travail, dont nous présentons les résultats, s'inscrit dans une problématique de santé publique, puisqu'il s'agit pour nous d'appréhender les facteurs socioculturels pouvant interférer avec le délai de la prise en charge en milieu spécialisé. Mais, si notre souci est la compréhension d'un phénomène en rapport avec le retard au diagnostic, il s'agit aussi de transformer nos constats en action, plus particulièrement au niveau d'une approche d'éducation pour la santé (élaboration de brochures, "flip chart", destinées aux structures de santé des régions concernées) et d'une contribution formative (élaboration de manuels pédagogiques destinés au personnel médical et para-médical des mêmes régions).

Méthodes

Contexte de l'étude

Cette recherche s'est déroulée en 1994 et 1995 dans les zones rurales de la région de Kairouan (Tunisie centrale) et, plus exactement, dans la délégation de Oueslatia, circonscription territoriale située au nord du gouvernorat de Kairouan et qui compte le plus grand nombre de cas de LV (figure n°1).

Figure 1.



L'organisation du système sanitaire au niveau de cette région est similaire à celle qui existe dans le reste du pays. Les centres des soins de santé de base (dispensaires) constituent les structures de santé les plus périphériques (en dehors des points de rassemblement). Répartis dans les différentes localités de la délégation, ils sont rattachés à l'hôpital de circonscription. Celui-ci assure quotidiennement deux consultations de médecine générale, ainsi que les urgences. Les dispensaires offrent une consultation externe un jour par semaine, sauf dans la localité de Jloula où le dispensaire assure la consultation tous les jours. Les consultations spécialisées sont référées à l'hôpital régional de Kairouan. Les urgences y sont directement véhiculées en ambulance.

Collecte des données

Les populations concernées par l'enquête - Compte tenu des objectifs fixés dans cette étude, il était indiqué de préciser l'intervention des différents acteurs, à un moment ou à un autre, dans la prise en charge de cette pathologie. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés aux mères des enfants hospitalisés pour leishmaniose viscérale (le choix se justifie par le rôle majeur de ces femmes dans la prise en charge de la maladie de l'enfant), au personnel médical (médecins et infirmiers de la délégation) et, aussi, aux guérisseurs, auxquels on a fréquemment recours face à cette maladie.

Les méthodes d'investigation

Les données qualitatives sur la perception des différents symptômes de la maladie et les pratiques qui y étaient liées ont été recueillies par des entretiens individuels semi-directifs et des

entretiens dirigés de groupe (*focus group*) (7, 10). Ces entretiens ont été réalisés par un médecin et un sociologue.

- **Les entretiens individuels au domicile des malades** : 23 enfants originaires de Oueslatia hospitalisés pour leishmaniose viscérale à l'hôpital régional de Kairouan durant la période 1990-1995 ont été sélectionnés. Il s'agissait de 15 garçons et 8 filles dont l'âge, au moment de l'hospitalisation, variait de 6 mois à 5 ans. Ces enfants étaient en majeure partie âgés d'un à trois ans. Quatre familles étaient d'origine semi-urbaine et habitaient le village de Oueslatia, les autres étaient d'origine rurale et habitaient différentes localités (figure n°1). Les entretiens se sont déroulés au domicile des malades, où on a accédé en compagnie des agents des services de soins de santé de base exerçant dans la délégation. Les entretiens, d'une durée moyenne de 30 à 60 minutes avec la mère du malade, se basaient sur un guide d'entretien semi-directif, élaboré à partir de quatre entretiens approfondis réalisés précédemment. Les entretiens ont porté sur les thèmes suivants : l'enfant, la famille, le mode de vie familial, l'accessibilité au système de soins et surtout les conduites, attitudes et pratiques face à l'apparition des signes de la leishmaniose viscérale chez leur enfant. La méthode a consisté à écouter aussi longtemps que possible ce que l'interviewée avait à dire, tout en encadrant le discours de questions précises. Les entretiens, qui se sont déroulés en arabe dialectal, ont été enregistrés dans leur intégralité par un magnétophone de petit format.

- **Les entretiens individuels dans les structures sanitaires** : deux entretiens semi-directifs ont été effectués avec les médecins de la délégation et quatre autres avec les infirmiers. Ces entretiens ont permis de préciser le mode de fonctionnement des services sanitaires de la région, les pathologies les plus fréquemment rencontrées et les moyens de diagnostic disponibles.

- **Les entretiens individuels auprès des guérisseurs** : deux entretiens semi-directifs ont été effectués auprès de deux guérisseuses, dont les noms avaient été évoqués par les mères. Ces entretiens ont tenté de préciser les pathologies pour lesquelles les parents les consultent, la connaissance de la splénomégalie, les différents traitements traditionnels utilisés dans la région.

- **Les entretiens dirigés de groupe** : au niveau d'un dispensaire, un *focus group*, avec des femmes amenant leurs enfants à la consultation, a été réalisé. Une quinzaine de femmes ont été invitées à l'entretien qui a duré une heure 30 mn. La discussion a concerné les maladies qui touchent les enfants dans la localité, les attitudes et pratiques lors de la constatation d'un cas de fièvre, la connaissance de la splénomégalie, les itinéraires thérapeutiques en cas de splénomégalie, le vécu de la consultation dans les structures sanitaires.

Analyse des résultats

Les entretiens étaient enregistrés et retranscrits dans leur intégralité. Nous avons ensuite procédé à une analyse thématique autour des items suivants :

- représentation de l'affection,
- histoire de la maladie,
- itinéraires diagnostiques et thérapeutiques.

Résultats

Histoire de la maladie et ses représentations

La fièvre - Tous les enfants ont initialement présenté de la fièvre. Nous avons pu constater au cours de notre analyse une grande homogénéité dans la description de ce symptôme.

Cette fièvre était généralement décrite comme intermittente, traînante, asthénisante et résistante aux traitements médicaux.

“Il est tombé avec de la fièvre...”

“La fièvre, il l’avait sans compter...”

“la fièvre vient 2 à 3 jours par semaine...”

“Il avait de la fièvre, il voulait toujours dormir.”

“Pour la fièvre, j’ai consulté plusieurs fois, mais le médecin n’a rien fait.”

Il a fallu appuyer nos questions par un procédé d’insistance afin que les femmes parlent de l’amaigrissement ou de la pâleur. En effet, ces symptômes ne sont généralement pas cités spontanément par la mère dans l’histoire de la maladie, mais précisés par l’entretien.

Dans quelques cas, la fièvre était accompagnée de diarrhée ou de toux.

La splénomégalie - Dans la plupart des interviews (15/23), la splénomégalie est citée dans la chronologie de la maladie, faisant suite à la fièvre. Elle a le plus souvent été suspectée par la mère ou son entourage devant la distension de l’abdomen de l’enfant ou de la palpation d’une masse dure au niveau du flanc gauche. Elle a généralement été reconnue par les femmes âgées ou les guérisseurs. Dans les autres cas, c’est à l’hospitalisation que les parents apprennent que leur enfant a une splénomégalie.

C’est la splénomégalie qui permet d’identifier et de nommer la leishmaniose viscérale, tous les autres symptômes étant souvent source d’inquiétude, mais non attribuables à une maladie spécifique. Ceci est vrai à la fois pour les mères et pour le personnel médical, qui se trouvent de fait confrontés à une maladie sporadique peu répandue et dont le diagnostic s’avère parfois malaisé.

Pour parler de la splénomégalie, c’est le terme “jelf” (qui signifie : rate) qui est le plus couramment utilisé par la population. La splénomégalie, qui était fréquemment rencontrée avant les années 60, est généralement reconnue par la population locale qui a connu l’endémie palustre avant son éradication.

“Il était malade, il avait de la fièvre, puis son ventre est devenu gros avec des vaisseaux. Des gens âgés nous ont dit : il a un jelf.”

“Je ne me suis pas aperçu du jelf, ce sont des vieilles femmes qui me l’ont dit. Elles, elles le connaissent, il existait avant.”

“On l’a emmené chez une femme qui guérit avec le doua arbi (médecine traditionnelle), elle nous a dit : il a un jelf.”

Om Zina, la guérisseuse : *“Le jelf, on le palpe à gauche, on le reconnaît par son bord tranchant, on le délimite. Il peut être très volumineux”. “Le jelf est rare de nos jours, il était beaucoup plus fréquent avant.”*

Le terme “jelf” apparaît également comme effet du discours médical, puisque les médecins, indexant diverses pathologies biomédicales sous le terme “splénomégalie”, utilisent ce terme connu par la population pour parler de la leishmaniose viscérale, maladie qui n’est pas présente dans la nosologie populaire. *“Je ne l’ai pas reconnu, ça ne nous est jamais arrivé, c’est Dr... qui nous a dit qu’il avait un jelf.”*

L’étiologie du “jelf” s’élabore à partir d’interprétations populaires relatives à la physiologie et à la pathologie. Selon nos interlocuteurs, il se formerait à la suite d’une fièvre traînante. *“Le jelf se forme suite à une fièvre qui traîne. Il survient chez les enfants de deux à dix ans quand ils ont beaucoup de fièvre. Il survient également chez les adultes fébriles.”*

Pour eux, le sang devrait circuler librement et régulièrement dans le corps, mais, suite à la fièvre, il peut stagner et s’accumuler en excès dans le flanc.

Cette représentation de la maladie comme excès incite à envisager le traitement sous diverses modalités de la soustraction de sang par scarification, dont sont chargées les guérisseuses. *“Le jelf, c’est du sang qui durcit dans le flanc, suite à la fièvre.”* *“Le jelf, c’est du sang, quand on le scarifie dans ses limites, il guérit.”*

Itinéraires diagnostiques et thérapeutiques

La fièvre : recours à la médecine moderne

Pour les femmes de la région, la fièvre est un symptôme pour lequel on consulte le médecin du dispensaire, à toute heure et autant de fois qu’il faut, dans la mesure où elle est inquiétante par l’impossibilité d’être directement associée à une maladie précise. La fièvre de l’enfant est angoissante, surtout lorsqu’elle est élevée ou traînante, car elle peut être la source de plusieurs maladies.

L’impossibilité de rattacher la fièvre à une cause précise et la peur des complications incitent les mères à se reposer sur le traitement médical. Ainsi, seul le traitement moderne prescrit par le médecin, “piqûres”, “sachets” ou “suppositoires”, est efficace. Les personnes citant ce mode de traitement insistent sur son caractère exclusif. Le fait d’enduire l’enfant, “ghlef” (qui signifie enveloppe), d’eau de fleurs d’oranger, d’eau de rose ou d’huile d’olive... n’est qu’une pratique utilisée le temps d’arriver au dispensaire. Même pour Om Zina, la guérisseuse, le traitement de la fièvre se trouve de nos jours chez le médecin. Le “doua arbi” (littéralement “médicament arabe”), qui consiste, dans ce cas précis, en des scarifications ou des cataplasmes, n’est plus utilisé.

“Le médicament de la fièvre est chez le médecin du dispensaire ou de l’hôpital.”

“Même le soir, on l’amène”

“Quand le médecin n’est pas là, on l’appelle.”

“Quand le traitement n’est pas efficace, on reconseille.”

“Il y a des situations qui font peur, les fièvres élevées qui fatiguent l’enfant, de telle sorte qu’il ne joue plus, ne bouge plus ou ne mange plus.”

“La fièvre, quand elle est élevée, peut entraîner des paralysies, elle peut influencer sur le cerveau et même sur le corps.”

“Les maladies surviennent à la suite des fièvres traînantes, pour lesquelles l’on se fait traiter deux ou trois fois au dispensaire sans résultat.”

Om Zina, la guérisseuse : *“Pour la fièvre de maintenant, on va chez le médecin. Il n’y a que les piqûres qui la font tomber. Avant, on scarifiait et on faisait des cataplasmes, maintenant c’est fini, on va chez le médecin.”*

Le médecin du dispensaire : *“Pour la fièvre, les parents ne font rien, ils ramènent l’enfant fébrile aux urgences.”*

“Pour la fièvre, ils réclament tous des médicaments injectables.”

L’association de la diarrhée : recours à la médecine traditionnelle

Pour les femmes de la région, le “bounaghout” désigne un “syndrome” fréquent chez les enfants. Souvent lié à la poussée dentaire, il associe une diarrhée avec des signes de déshydratation. Il peut être accompagné de fièvre. Le médecin, estimant ces femmes, est totalement inefficace dans ce cas. Le “bounaghout” ne se traite que chez les guérisseurs. Les médications sont exclusivement à base de plantes.

L’association de la diarrhée et de l’altération de l’état général a fait envisager la possibilité du “bounaghout” chez certains enfants atteints de leishmaniose viscérale.

La splénomégalie : recours à la médecine traditionnelle

La splénomégalie, quand on l'a reconnue, n'a constitué que rarement un motif de consultation chez le médecin. C'est généralement vers les guérisseuses que les parents se sont dirigés en première intention. Les guérisseuses ne sont pas à proprement parler des professionnelles, qui exigent un salaire pour leurs prestations, mais des femmes qui font bénéficier le groupe, souvent le voisinage, d'un savoir transmis de mère à fille.

Les guérisseurs reconnaissent la splénomégalie. Ils la palpent, reconnaissent le bord tranchant et la délimitent. Ils la différencient de l'hépatomégalie "*kebda*" (foie). Pour la guérir, ils utilisent le "*doua arbi*" qui consiste en des scarifications, des cautérisations ou des massages (faire circuler ce qui se concentre en un seul endroit).

Dans certains cas, les guérisseurs ont refusé de faire quoi que se soit en présence de splénomégalie et ont dirigé l'enfant vers le médecin. Certains ont même conseillé l'hôpital, en cas d'inefficacité du traitement traditionnel.

"Ta fille est déshydratée et n'a plus de sang, si je la scarifie, ce n'est pas bien pour elle. Emmène-la chez le médecin et après, on verra."

"Si dans trois jours, le jelf n'a pas disparu, emmène-la chez le médecin."

La maladie qui traîne : le recours au marabout "*ouli*"

Sidi Zaher, marabout très connu dans la région, a largement été sollicité. Le sanctuaire de Sidi Zaher est le lieu de rites symboliques. On y demande l'assistance du saint et on s'y procure des écrits protecteurs.

La maladie qui persiste, l'état général qui s'altère, l'échec du traitement traditionnel motivent le retour vers la médecine moderne et le recours aux médecins libéraux

Ainsi, devant la persistance des symptômes, plusieurs parents, ayant consulté au départ dans le secteur public, se sont tournés vers le secteur privé, le paiement étant le plus souvent considéré comme une garantie de qualité ou la possibilité pour les parents de faire montre d'exigences.

"On l'a emmené chez une femme, elle l'a scarifié, mais cela n'a pas été efficace, alors on l'a emmené chez le médecin avec l'argent."

"Quand on a les moyens, il y a des situations qui méritent qu'on se dirige vers un médecin avec de l'argent."

Discussion

La maladie est un mal vécu, une donnée pour la perception et l'imaginaire. Son interprétation s'insère dans un apprentissage culturel et sera exprimée dans le langage de cet héritage (3, 9). En Tunisie, à l'image d'autres pays où la médecine moderne est aisément accessible et où d'autres systèmes sont bien vivants et largement distribués, il apparaît que les malades et leur entourage, loin de choisir entre les diverses médecines qui s'offrent à eux, exercent une stratégie de choix constamment ouverts, passant d'un registre thérapeutique à l'autre, en fonction de la représentation de la maladie, combinant, en fonction des interrogations, les ressources qu'offrent des systèmes qu'ils ne traitent pas comme des totalités, mais comme des domaines spécialisés, capables chacun d'apporter une réponse partielle à leur demande globale (3, 9).

Dans le cas de la leishmaniose viscérale, on note la subdivision de la maladie en deux entités : la fièvre, puis la splénomégalie. Ces deux ordres de symptômes sont interprétés différemment par la population et font l'objet de recours thérapeutiques distincts. En un premier temps, l'apparition d'une fièvre traî-

nante angoisse les parents qui consultent de façon itérative chez le médecin. La fièvre n'étant pas pathognomonique, l'exploration en milieu spécialisé étant peu acceptée par la population en raison du coût du déplacement, l'absence de splénomégalie ou l'existence d'une splénomégalie de petite taille passant inaperçue, rendent le diagnostic difficile au début de la maladie. Dans un deuxième temps, la splénomégalie se développe et devrait conduire à un diagnostic rapide. Mais les mères ne la conçoivent pas comme un signe relevant du médecin, mais plutôt de la thérapie traditionnelle. La maladie est alors reconnue comme un "*jelf*", le mal est considéré comme "*bénin*" et le remède "*doua arbi*" (médicament arabe) connu et éprouvé. Le guérisseur est sollicité. Tout dans sa fonction le désigne pour occuper une place centrale parfaitement concordante avec le système populaire d'interprétation de la physiologie et de la pathologie. Il partage la vision des parents du malade et remonte à la source, en partageant leur représentation. L'enfant est écarté du système de santé. Le recours médical ne se fera que plus tard, en public ou surtout en privé, lorsque l'état de santé du malade sera très dégradé.

Ainsi, le "*jelf*" est reconnu comme "*maladie du corps*" au sens strict, l'origine du mal résidant dans le fonctionnement défectueux d'un organe (suite à la fièvre, le sang stagne), et les demandes de soins s'adressent préférentiellement, en fonction du symptôme, au médecin ou au guérisseur. Les "*Hajjeb*s", qui agissent essentiellement par des prières, des rites symboliques ou des écrits protecteurs, n'interviennent pas dans le traitement spécifique de ce type d'affection, considérée comme étant du ressort des techniques et non du spirituel (12). Le recours à "*l'ouli*", ou marabout, ne représente, dans ce cas, qu'un "adjuvant spirituel" à d'autres traitements.

Ce travail illustre une collaboration qui a contribué à préciser les facteurs socioculturels en cause dans un problème de santé. Il conduit à une autre question, celle de l'éducation et de la prévention de cette maladie rare, mais grave.

Compte tenu de la faible prévalence de la leishmaniose viscérale en Tunisie, une campagne de sensibilisation auprès d'un large public ne semble pas appropriée. Néanmoins, deux types d'action nous semblent envisageables. D'un côté, en terme d'éducation pour la santé, l'élaboration de messages d'éducation sanitaire (élaboration de brochures, "*flip chart*", destinées aux structures de santé des régions les plus touchées) permettrait d'introduire un savoir nouveau auprès des populations et conduirait ainsi à un changement de comportement (6). D'autre part, une contribution formative (élaboration de manuels pédagogiques destinés au personnel médical et para-médical des mêmes régions) permettrait à ces derniers d'être plus attentifs aux propos des parents d'enfants atteints de LV, par une meilleure compréhension des logiques symboliques qui les sous-tendent.

Par ailleurs, il conviendrait de sensibiliser le personnel médical vis-à-vis de cette maladie infantile et de mettre à leur disposition des moyens d'exploration simples, utilisables sur place, permettant d'établir le diagnostic le plus rapidement possible. Le dépistage par la sérologie pourrait constituer une alternative intéressante. Un prélèvement sur papier buvard pourrait être effectué au dispensaire devant toute fièvre inexplicable, résistant au traitement classique. Ces buvards ne demandent pas de moyens de conservation particuliers et peuvent être acheminés, même par voie postale, vers le laboratoire où sera effectué le sérodiagnostic. D'autres techniques, peu exigeantes en matériel et réalisables dans les structures périphériques, telles que le test d'agglutination directe (DAT) pourraient également permettre un dépistage sérologique sur place (1).

Remerciements

Nous remercions les agents des soins de santé de base de la délégation de Oueslatia, les autorités sanitaires du Gouvernorat de Kairouan et le Professeur KHARRAT (chef de Service de pédiatrie de l'Hôpital régional de Kairouan) pour leur collaboration.

Nous remercions également le Professeur J. BENOIST (Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie, Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix-Marseille) pour son aide dans l'analyse des données.

La présente étude a bénéficié du soutien financier du programme spécial PNUD/ Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR). (Projet ID N°930418).

Références bibliographiques

1. AOUN K, BOURATBINE A, BELKHIRIA R *et al.* - Evaluation préliminaire du test d'agglutination directe pour le diagnostic de la leishmaniose viscérale. *La Tunisie médicale*, 1997, **75**, 460.
2. BEN ISMAIL R & BEN RACHID MS - Epidémiologie des leishmanioses en Tunisie. In : *Maladies tropicales transmissibles*. Ed Aupef UREF (Paris), 1989, 73-80.
3. BENOIST J - Sur la contribution des sciences humaines à l'explication médicale. *Anthropologie et sociétés*, 1981, **5**, 5-15.
4. BEN RACHID MS, HAMZA B, TABBANE C *et al.* - Etat actuel des leishmanioses en Tunisie. *Ann Soc Belg Méd Trop*, 1983, **63**, 29-40.
5. BESBES A, POUSSE H, BEN SAID M *et al.* - Leishmanioses viscérales infantiles du Centre tunisien (221 cas). *Méd Mal Infect*, 1994, **24**, 628-634.
6. BONNET D - Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso. In : *Société, Développement et Santé*. Ed Fassin et Maffié, Ellipses, Paris 1990.
7. DAWSON S, MANDERSON L & TALLO VL - *The focus group manual*. Document produit par l'OMS, TDR/ SER/MSR/92.1
8. Direction des soins de santé de base - *Bulletins épidémiologiques du ministère de la santé publique (Tunisie)*. 1992.
9. JAFFRÉ Y & MOUSSA HAMA I - Anthropologie et cardiologie à Niamey (Niger). *Bull Soc Path Ex*, 1996, **89**, 68-75.
10. Kikwawila Study Group - *Qualitative research Methods: Teaching Materials from TDR Workshop*. Document produit par l'OMS, TDR/SER/RP/94.2
11. NOZAIS JP- Les leishmanioses viscérales et cutanées dans le bassin méditerranéen. *Sem Hôp Paris*, 1989, **65**, 1397-1405.
12. SHABBOU A - Maladies et pratiques thérapeutiques de femmes dans le Sud tunisien. *History and Anthropology* (Harwood Academic Publishers GmbH), 1985, **2**, 95-123.