

LPED
Laboratoire de
Épidémiologie
Développementale
et Préventive
Méditerranéenne

Les rôles des parents dans le processus de gestion des soins de l'enfant en milieu urbain sénégalais.

En milieu urbain, la recomposition des modèles familiaux et l'autonomisation des femmes influencent-elles sur les processus de recours aux soins ?

Richard Lalou, LPED, IRD
Mbaye Mar, LPED, université de Provence
Jean-Yves Le Hesran, UR 010, IRD

IRD
www.lped.org

UMR 111 IRD - Université de Provence - Centre St Charles, Case 19
13311 Marseille cedex 3 - Téléphone +33 (0)4 91 50 85 18

LPED
Laboratoire de
Épidémiologie
Développementale
et Préventive
Méditerranéenne

ORGANISATION FAMILIALE ET GESTION DES SOINS

- Traditionnellement, l'organisation familiale (répartition des tâches) => mère/tutrice est la principale dispensatrice des soins aux enfants (Mbugua, 1999).
 - ◆ Pendant l'allaitement, aux repas, au portage, au couchage, pendant les activités domestiques...la mère (ou la tutrice) est très proche des jeunes enfants ;
 - ◆ Elle est souvent la première informée de la maladie du jeune enfant, la première à poser un diagnostic et la première à donner les premiers soins (Adjamagbo *et al.*, 1999 ; Franckel *et al.* 2009).
- Le recours à des soins hors de l'espace domestique
 - ◆ Père : prise en charge financière (Williams *et al.*, 2004)
 - ◆ Père : décision du recours externe
- La famille élargie constitue un groupe de gestion de la maladie et des soins (Ryan, 1998)

Traditionnellement en milieu rural => sexualisation des prestations de soins

LPED
Laboratoire de
Épidémiologie
Développementale
et Préventive
Méditerranéenne


HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

- La ville définit des situations familiales propices à la recomposition des modèles familiaux et à la redéfinition des relations au sein du couple :
 - ◆ femme chef de ménage
 - ◆ conjoint absent / non-résident
 - ◆ affaiblissement du contrôle familial
- La ville favorise un meilleur accès des femmes aux activités rémunératrices

HYP : En milieu urbain, la recomposition des modèles familiaux et l'autonomisation économique des femmes favorisent un recours plus fréquent à une structure sanitaire, en cas de fièvre palustre.

LPED
Laboratoire de
Épidémiologie
Développementale
et Préventive
Méditerranéenne

MÉTHODES ET DONNÉES



LPED
 Laboratoire de
 Parasitologie
 Entomologie
 Médecine
 92%

MÉTHODOLOGIE D'ÉCHANTILLONNAGE

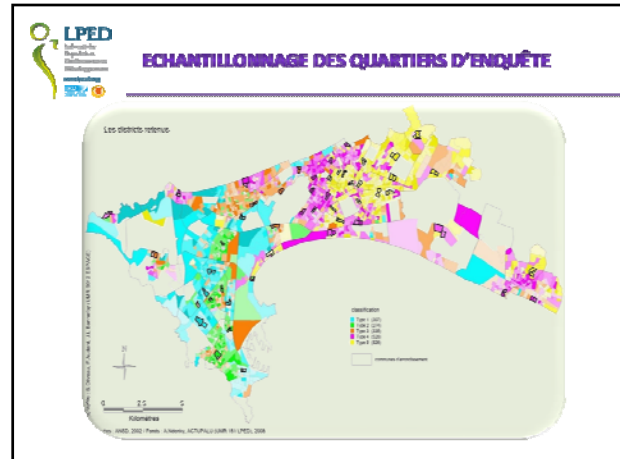
Le plan de sondage a été défini pour prendre en compte la diversité de l'espace dakarais, tout en permettant les représentativités spatiale et statistique de l'échantillon

Choix méthodologique

- l'utilisation du niveau le plus fin pour définir les espaces (choix des districts de recensement)
- La factorisation pour réduire l'information censitaire puis catégorisation par nuées dynamiques
 - La caractérisation des DR à partir de l'analyse statistique et l'intégration de la contrainte spatiale et quartier (5 types de quartier).

50 zones d'enquête (quartiers) ont été sélectionnées

- Deux DRs contigus composent une zone d'enquête ; ces deux DRs appartiennent au même quartier administratif.
- 60 ménages ont été interrogés dans chaque zone
- un échantillon de 3000 ménages => 3000 questionnaires ménage et 3000 questionnaires individuels (mère)



LPED
 Laboratoire de
 Parasitologie
 Entomologie
 Médecine
 92%

ENQUÊTES EN POPULATION GÉNÉRALE

3 enquêtes :

- Ménages et mère-enfant
- Prélèvements biologiques
- Quartiers

■ L'enquête principale a débuté le 15 septembre et s'est achevée le 22 décembre 2008

■ 98,4% de l'échantillon enquêté (2952/3000 ménages)

■ Sur les 2952 ménages enquêtés, 1273 ont déclaré au moins un enfant de moins de 10 ans malade (paludisme ressenti) dans les 30 jours précédant l'enquête

■ 45,0% des enfants malades ont pris des antipaludiques en automédication (573/1273) et seulement 54,3% des enfants malades ont reçu un traitement antipaludique par un médecin (691/1273).

■ L'enquête ménage a été couplée à l'enquête épidémiologique (GE pour prévalence palu et mesure des Ac anti salive d'anophèle)

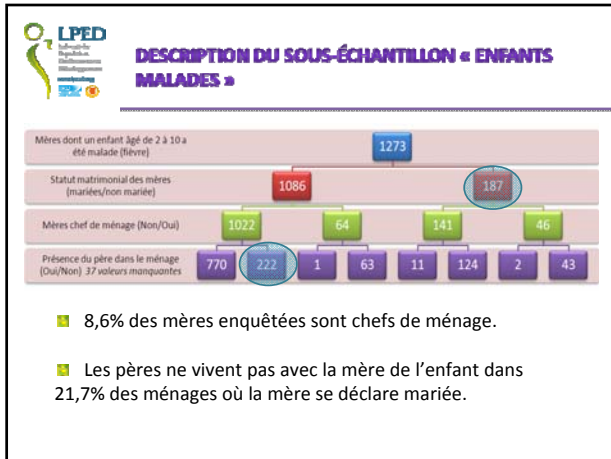
QUESTIONNAIRES SOCIO-COMPORTEMENTAUX

Questionnaire ménage

Module M1	Caractéristiques des membres du ménage
Module M2	Caractéristiques de l'habitat
Module M3	Caractéristiques de l'environnement domestique
Module M4	Ressources matérielles
Module M5	Ressources monétaires
Module M6	Dépenses

Questionnaire mère et enfant

Module F1	Caractéristiques sociodémographiques et culturelles
Module F2	Activités
Module F3	Mobilités
Module F4	Le quartier actuel
Module F5	Déplacements dans la ville
Module F6	Réseaux sociaux
Module F7	Aspects psychosociaux de la santé
Module F8	Connaissances sur la santé, le paludisme et le médicament
Module F9	Perceptions des structures sanitaires du quartier
Module F10	Recours aux soins lors du dernier épisode de fièvre de l'enfant
Module F11	Pharmacie familiale



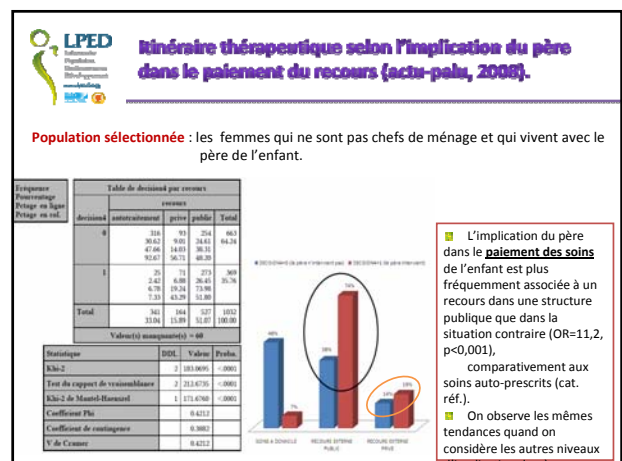
LPED
Laboratoire de
Epidémiologie
Démographique
et Préventive
INSERM

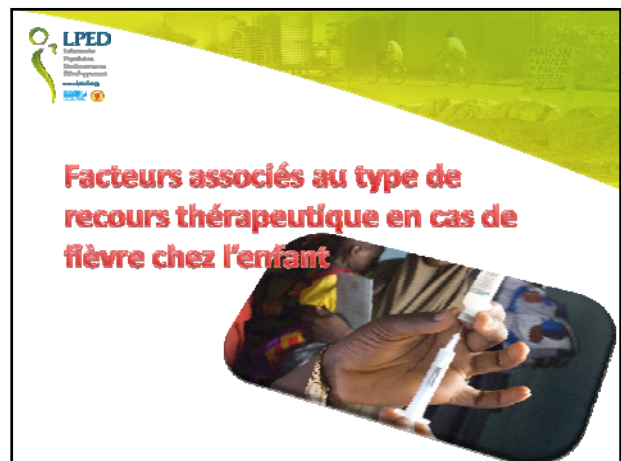
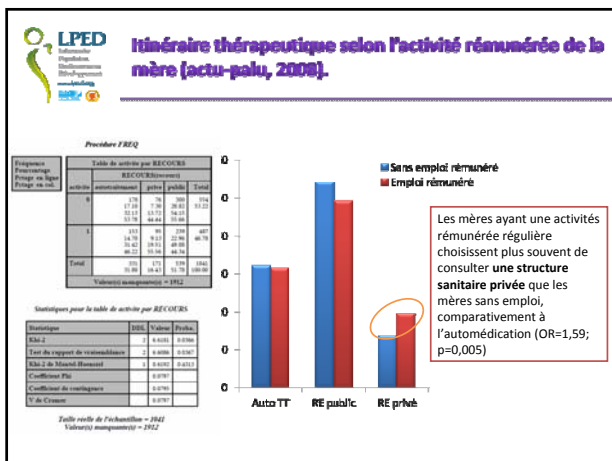
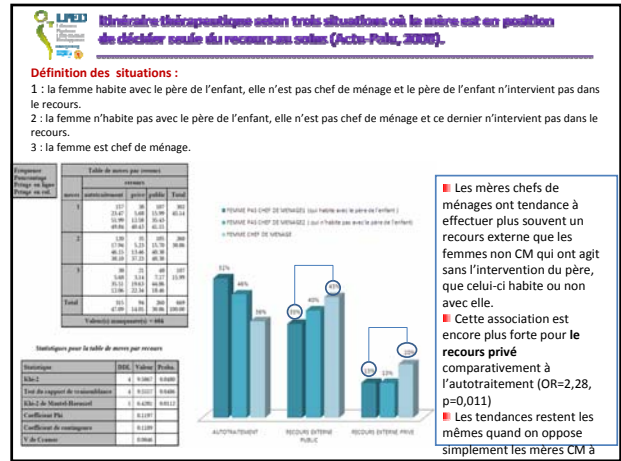
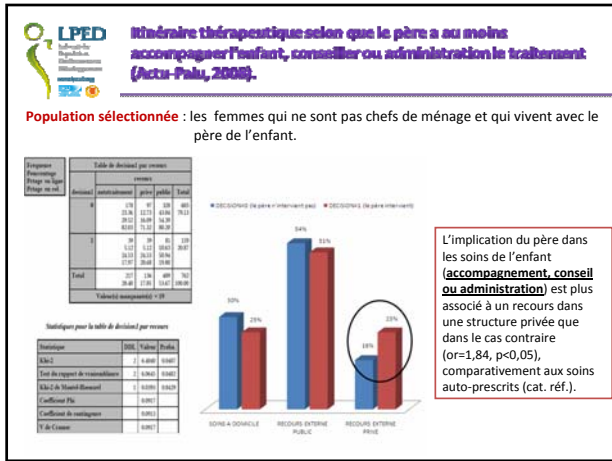
NIVEAU D'IMPLICATION DU PÈRE DANS LE PROCESSUS DE GESTION DES SOINS (Actu-Palu, 2008)

Variables	Implication du père dans le recours				Effectifs
	Payer le traitement	Accompagner (pour recours externe)	Conseiller le traitement	Administrer le traitement	
Implication 1	✓				515
Implication 2		✓	✓	✓	181
Implication 3	✓ (515)	✓ (54)	✓ (163)	✓ (46)	550
Pères absents et non impliqués					433
Pères présents et non impliqués					263
Total					1246

Sur 1246 épisodes morbides :

- Le père est intervenu dans **44,1%** des cas, soit pour conseiller le recours, soit pour payer le traitement, pour accompagner l'enfant ou encore pour administrer le traitement ;
- n'intervient à aucun moment du processus de gestion des soins dans **56%** des épisodes morbides, parce qu'il est absent ou malgré sa présence dans le ménage.





LPED
Laboratoire
D'Épidémiologie
et de Santé
Publique
www.lped.org

Facteurs associés au recours externe public et au recours externe privé au regard d'un autotraitement à Dakar.

Facteurs explicatifs	Variables dépendantes	Rapport de probabilités (RRR)	Intervalle de confiance	
Age de l'enfant (Réf. 2 - 4 ans)	RE public vs autotraitement	1,065	0,967	1,174
	RE privé vs autotraitement	0,588	0,515	0,673
Sexe de l'enfant (Réf. Garçon)	RE public vs autotraitement	1,096	0,996	1,205
	RE privé vs autotraitement	1,128	0,997	1,277
Mère chef de ménage (Réf. Non)	RE public vs autotraitement	0,903	0,807	1,011
	RE privé vs autotraitement	1,497	1,298	1,727
Mère = CM	RE public vs autotraitement	0,903	0,807	1,011
	RE privé vs autotraitement	1,497	1,298	1,727
Activité rémunérée régulière (Réf. Sans emploi)	RE public vs autotraitement	1,176	1,069	1,295
	RE privé vs autotraitement	1,788	1,578	2,026
Niveau d'implication du père dans le recours au soins (Réf. Père présent non intervenant)	RE public vs autotraitement	0,902	0,799	1,019
	RE privé vs autotraitement	1,039	0,885	1,247
Père prend en charge le T	RE public vs autotraitement	15,503	13,189	18,223
	RE privé vs autotraitement	15,067	12,288	18,474
Père au moins conseiller, accompagnant ou administrateur	RE public vs autotraitement	3,063	2,627	3,573
	RE privé vs autotraitement	5,661	4,637	6,912
Niveau économique du ménage (Réf. Très pauvre)	RE public vs autotraitement	1,173	1,002	1,373
	RE privé vs autotraitement	2,247	1,789	2,822
Ménage pauvre	RE public vs autotraitement	1,366	1,166	1,600
	RE privé vs autotraitement	1,742	1,381	2,199
Ménage non pauvre	RE public vs autotraitement	1,366	1,166	1,600
	RE privé vs autotraitement	1,742	1,381	2,199
Structure sanitaire quartier (Réf. Non)	RE public vs autotraitement	1,594	1,442	1,761
	RE privé vs autotraitement	1,007	0,880	1,151

La proba de faire un RE s'accroît quand la mère est en CM, quand les dépenses de soins pour l'enfant lorsqu'elle n'est pas présente, quand elle n'a pas une certaine autonomie financière, quand elle est pauvre ou du fait de la présence d'une struct. sanitaire dans le quartier élève la proba. de faire un RE

LPED
Laboratoire
D'Épidémiologie
et de Santé
Publique
www.lped.org

Conclusion

- Cette étude sur les déterminants du recours aux soins de l'enfant fiévreux a permis une mesure et une analyse imparfaites de l'impact des rôles et statuts des parents sur les comportements sanitaires.
- Néanmoins, nous avons obtenu des éléments indiquant que:
 - Les pères n'interviennent **qu'une fois sur deux** dans le processus de gestion des soins de l'enfant, essentiellement pour payer les consultations et les médicaments prescrits ;
 - Les mères exercent (très souvent seules) une autorité morale (CM) sur leur famille dans un **peu moins d'un ménage sur 10**. Pour autant, elles sont près de la moitié à jouir d'une certaine autonomie financière ;
- Par ailleurs, l'analyse des facteurs associés aux différents recours aux soins a montré que :
 - En ville, comme en milieu rural, la fréquentation d'une structure sanitaire est principalement commandée par l'implication du père dans le paiement des dépenses de santé ;
 - Les mères parviennent à intervenir dans le recours externe (décision et mise en œuvre) quand elles ont personnellement la capacité financière (activité rémunératrice) et quand elles sont libérées de l'autorité morale du mari et de ses beaux-parents (i.e. quand elles sont CM). En revanche, l'absence du mari ou sa non-implication dans les soins des enfants ne procurent pas une plus grande autonomie de décision de la mère.