

PLACE DE L'INFORMATION DANS L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ PAR LES MÈRES À GUÉDIAWAYE

CAMARA B., HANNE K., DIOUF S., SALL G., BA M., SIGNATÉ/SY H., SARR M., SOW D., FALL M.

CAMARA B., HANNE K., DIOUF S., SALL G., BA M., SIGNATÉ/SY H., SARR M., SOW D., FALL M. - Place de l'information dans l'utilisation des services de santé par les mères à Guédiawaye.

Dakar-Médical 1994, 39, 63-67.

Résumé :

Les auteurs rapportent les résultats d'une enquête menée dans une structure de santé et dans ses quartiers limitrophes en zone suburbaine, dont le but était d'évaluer l'information reçue par les mères sur les prestations sanitaires assurées dans le cadre du programme de santé maternelle et infantile (S.M.I.) en vigueur au Sénégal.

244 femmes ont été recrutées selon une méthode d'échantillonnage aléatoire stratifiée. Ils notent que ces dernières consultent plus pour leurs enfants que pour elles-mêmes en cas de maladies [79% contre 49%], ceci à cause des types de soins proposés.

Par ailleurs 60 à 80% d'entre elles ignorent certaines notions élémentaires normalement transmises dans le cadre de l'information, éducation et communications (I.E.C.) accompagnant tout programme de S.I.M. D'où la nécessité d'élaborer des stratégies de soins avec ces femmes répondant à leurs besoins dans ces structures périphériques, soutenues par une I.E.C. adaptée, et régulièrement évaluées.

Mots clés : Suburbain, S.M.I., I.E.C.

I. INTRODUCTION

Dans tous les programmes de santé notamment ceux destinés à la mère et l'enfant, une large place est consacrée à l'information, l'éducation, la communication (I.E.C.) dont le contenu et l'exécution sur le terrain ne correspondent pas aux préoccupations des populations. Le but de notre travail est d'évaluer cette I.E.C. auprès des femmes, mères de famille, issues d'un milieu suburbain défavorisé, auxquelles sont destinés les programmes de santé maternelle et infantile (S.M.I.) en vigueur au Sénégal et d'appréhender

CAMARA B., HANNE K., DIOUF S., SALL G., BA M., SIGNATÉ/SY H., SARR M., SOW D., FALL M. - Place of information in the use of healthcare services by mothers at Guediawaye.

Dakar-Médical 1994, 39, 63-67.

Summary :

The authors report the results of a survey in a suburban healthcare structure. The purpose was to evaluate the knowledge of mothers about the healthcare delivered through a childhood and maternal healthcare program in Senegal.

244 women were selected at random. The consultant mothers came more for their children than for themselves (79% of consultations were for their children, 49% for themselves).

60% to 80% of women are unaware of basic notions currently taught through the "Information-Education-Communication (I.E.C.)" program. All that requires to elaborate with these women healthcare strategies, which are in adequacy with their needs in these peripheral healthcare structures, and which are supported by an adequate and regularly evaluated I.E.C.

Key-words : Suburban, childhood and maternal healthcare program, I.E.C.

leurs attitudes et leurs pratiques face à certaines pathologies courantes, afin de définir une stratégie basée sur l'éducation sanitaire pour une meilleure utilisation des services de santé.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette enquête a été menée au mois d'Avril 1992 par une équipe de l'Institut de Pédiatrie sociale (I.P.S.) composée de 2 Médecins, 2 Infirmières et 2 Assistantes Sociales.

Travail de l'Institut de Pédiatrie Sociale, Chaire de Pédiatrie - Université Cheikh Anta Diop de Dakar - Sénégal

☆ DURÉE DE L'ENQUÊTE

Elle était de trois semaines, ce temps assez court a été préconisé pour éviter les "interférences" ou une "communication" entre sujets enquêtés pour minorer le risque de rencontrer les femmes "préparées" à cette enquête.

☆ L'ÉCHANTILLONNAGE

Notre but était de rencontrer des femmes sensées être informées des activités de S.M.I. de L'I.P.S. ; l'enquête a donc été menée dans la structure de santé et dans quatre quartiers de Guédiawaye et de Pikine gravitant autour de cette structure : l'I.P.S. est situé à la frontière des districts sanitaires correspondant au territoire géographique de ces deux départements.

- A l'I.P.S. notre objectif était de rencontrer 25% d'une population moyenne de 250 consultants par semaine : sur 62 femmes attendues, 44 ont été enquêtées.
- Dans les quartiers environnants sur une population totale de 18 500 habitants, grâce à un échantillonnage aléatoire stratifié, nous avons retenu 50 mères par quartier, chaque quartier ayant à peu près la même taille.

Au total 244 couples mère-enfant ont été enquêtés avec comme critère d'inclusion : la présence effective de la mère ayant au moins un enfant à sa charge et avec un carnet de santé dûment rempli se rapportant à sa dernière grossesse et au suivi de son dernier enfant. Le support de données que nous avons utilisé est un questionnaire préétabli à 3 volets :

- un volet pour les données socio-économiques et les principales affections dont ont souffert les mères et leurs enfants au cours des trois derniers mois environ avant l'enquête ;
- un volet sur les connaissances, attitudes et pratiques des mères par rapport aux prestations sanitaires dispensées dans le cadre de programme de S.M.I. ;
- un volet pour les différents types de recours aux soins en cas de maladies.

III. RESULTATS

A. PROFIL SOCIO-ÉCONOMIQUE (tableau I)

L'âge moyen des femmes est de 28 ans avec une moyenne de 4 enfants à leur charge (extrêmes 1 à 12).

Tableau I :

Profil socio-économique des mères

Niveau d'instruction	Situation matrimoniale	Revenu mari ou tuteur
Sans instruction 57 (23,3%)	Célibataire 22 (9%)	Fixe 62 (25,4%)
Primaire (ou écolier) école conrannique = 161 (75,9%)	Veuves = 7 (2,8%)	Aléatoire = 150 (61,4%)
Secondaire = 25 (10,2%)	Mariées = 215 (88,1%)	Sans revenu = 32 (13,1%)
Supérieur : 1 (0,4%)		

B. PRINCIPALES AFFECTIONS DES MÈRES ET DES ENFANTS (tableau II)

Tableau II :

Principales affections des mères et des enfants citées

Mères	Enfants
Céphalées et vertiges : 104 fois	Diarrhées = 76 fois
Douleurs abdominales = 94	Maladies respiratoires = 74
Maladies respiratoires = 31	Dermatoses = 13
Hypertension artérielle = 7	"Palu" (fièvre) = 48
Dermatoses 4	Douleurs abdominales, (ou parasitoses) 28
Hémorragies et infections génitales = 4	Vomissements = 16
Autres affections : palu, affections bucco dentaires, 6 douleurs articulaires	Maigrissement et anorexie = 13
	Poussée dentaire = 2

C. PREMIER RECOURS THÉRAPEUTIQUE EN CAS DE MALADIE

- Le recours thérapeutique se rapporte à l'ensemble des symptômes cités sauf pour la diarrhée (tableau III).

Tableau III :

Recours thérapeutiques en cas de maladie

Mères	Enfants
Médecine moderne = 118 (48,3%)	194 (79,5%)
Médecine traditionnelle = 23 (9,4%)	9 (3,6%)
Pas de recours (automédication) = 103 (42,2%)	41 (16,8%)

En cas de diarrhée de l'enfant :

- traitement empirique ou automédication : 125 (51,2%)
- traitement médical : 59 (24,1%)
- aucun recours : 60 (24,5%)

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHÉIQUES ET LA THÉRAPIE DE RÉHYDRATATION PAR VOIE ORALE (T.R.O)

Connaissance de l'existence de la T.R.O. = 209 (85,6%)

Rôle des sels de réhydratation :

- corrigent la déshydratation = 64 (30,6%)
- arrêtent la diarrhée = 129 (61,7%)
- autres réponses = 11 (5,2%)
- aucune réponse = 5 (2,3%)

Reconstitution correcte de la solution domestique = 102 (48,8%)

SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE

Connaissance du rôle préventif d'un suivi régulier = 153 (62,7%)

Régularité du suivi de la croissance de l'enfant = 145 (59,4%).

PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION (P.E.V.)

Connaissance du rôle préventif de la vaccination = 234 (95,9%)

Connaissance du rôle du vaccin antitétanique (VAT) = 81 (31,1%)

Enfants régulièrement vaccinés = 194 (79,5%)

Femmes ayant reçu le VAT (2 doses) = 239 (97,9%)

Connaissance des maladies cibles du PEV :

- 5 à 7 maladies = 35 (14,9%)
- 3 à 4 maladies = 113 (48,2%)
- 1 à 2 maladies = 69 (29,4%)
- aucune réponse = 17 (7,2%).

rougeole est la maladie la plus citée

G. PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ MATERNELLE : CONSULTATIONS PRÉNATALES (C.P.) ET PLANNING FAMILIAL (P.F.)

a. Consultation prénatale

- Connaissance du rôle préventif des C.P. = 49 (20%)
- Femmes ayant bénéficié de 3 C.P. au moins = 219 (89,7%)
- Femmes ayant bénéficié d'une C.P. au 1er trimestre = 134 (55%)
- Femmes ayant bénéficié d'un accouchement assisté = 217 (88,9%).

b. Planning Familial

- Connaissance de l'intérêt du P.F. dans la régulation des naissances = 153 (62,7%).
- Méthodes contraceptives modernes connues et citées :
 - pilules = 125 fois
 - dispositif intra-utérin (DIU) = 93 fois
 - autres = 17 fois
 - utilisation au moins une fois d'une méthode contraceptive moderne = 29 (24%).

II. SOURCES D'INFORMATION

L'information considérée comme la principale source de motivation quant au suivi des programmes de S.M.I. est fonction du nombre de femmes ayant connaissance de ces programmes. (tableau IV).

Tableau IV : Sources d'information des mères

	RVO	PEV	PF
Nbre de femmes informées Sources	209	234	153
Agent de santé	152 (72,7%)	94 (40,1%)	49 (28,3%)
Médias	36 (17,2%)	22 (9,4%)	61 (35,2%)
Entourage	21 (10%)	118 (50,4%)	63 (36,4%)

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Les centres de protection maternelle et infantile (P.M.I.) sont par vocation les lieux privilégiés pour mener le Programme National intégré de S.M.I.

C'est le cas de l'I.P.S., implanté dans le district de Guédiawaye à la frontière avec celui de Pikine. Ces deux districts couvrent un territoire géographique ayant toutes les caractéristiques des bidonvilles africains avec des indicateurs socio-économiques faibles, les plus défavorisés étant les enfants et les femmes.

Le profil socio-économique des mères enquêtées est superposable à ce que d'autres auteurs [1, 2] ont noté avant nous sur ce terrain.

L'implantation de dispensaires, de centres de santé assurant des prestations entrant dans le programme national a contribué à combler l'insuffisance de P.M.I. et à améliorer la couverture sanitaire surtout en milieu suburbain. Mais l'essentiel des prestations sanitaires assurées dans ces structures est le fait d'un personnel paramédical rarement supervisé et ne bénéficiant que d'un recyclage circonstanciel. L'absence de spécialistes de S.M.I. sur le terrain ne permet pas d'atteindre l'objectif d'intégration visé, malgré la mise en place de stratégies de soins accessibles géographiquement et financièrement aux couches sociales les plus démunies.

Les soins curatifs qui y sont dispensés ne répondent pas aux besoins des mères enquêtées (la plupart des affections qu'elles présentent (neurovasculaires, gynécologiques...) dépassent les compétences d'un personnel non spécialisé en la matière ne disposant pas de moyens d'exploration paraclinique. En définitive, bien qu'étant les principales utilisatrices des services de santé, du fait de leur double rôle de gardienne du foyer et de responsable de la santé et de l'éducation des enfants, elles consultent plus pour ces derniers que pour elles-mêmes (79,5% contre 48,3%).

Les soins préventifs, basés sur "l'autoresponsabilité des populations" pour une meilleure santé, se résument à des actes médicaux non "accompagnés" de messages éducatifs. Notre étude montre que les femmes sont essentiellement informées et motivées par leur entourage, d'où une représentation populaire de la maladie avec des croyances constituant un obstacle à la promotion de ces soins et une perception erronée de certaines données

techniques relevant de la compétence des professionnels de santé. Ainsi, nous notons une banalisation de la diarrhée infantile avec dans 1/4 des cas une absence de recours aux soins et dans plus de la moitié des cas un traitement empirique. WIERNER [3] ayant constaté les mêmes phénomènes à Pikine, pense que le symptôme diarrhée passe au second plan des syndromes appartenant à la nosographie traditionnelle : le "Siburo" (paludisme en wolof, langue nationale du Sénégal) et le "Sain Dain" (infections des voies respiratoires) responsables d'une diarrhée associées à d'autres manifestations sont plus facilement identifiées, comme maladies graves et traitées, qu'une diarrhée isolée. Le recours à la médecine moderne vient après échec du traitement traditionnel avec une faible pratique de la T.R.O., bien que la majorité des mères en connaisse l'existence : les obstacles à la vulgarisation de cette thérapie simple sont liées à la méconnaissance de l'action des sels et de la technique de reconstitution correcte de la solution domestique.

Pour les autres activités, la tendance est la fréquentation régulière des mères mais avec une autre motivation que celle perçue par les professionnels de santé : l'ignorance des maladies cibles du P.E.V. et surtout du V.A.T. amène ces femmes à assimiler le vaccin à un médicament capable de prévenir toute maladie et à assurer une bonne santé et un développement normal. D'où généralement un arrêt du suivi de la croissance des enfants après la série vaccinale. Le D.I.U., méthode de contraception confortable, est moins connu et l'objet de rumeurs décourageant son utilisation. Les consultations prénatales sont faites tous les trois mois selon un calendrier préétabli par les sages-femmes : les mères ignorant la date de leurs dernières règles et l'intérêt du dépistage précoce des facteurs de risque liés à la grossesse, consultent tard, au delà du 3e mois, la première consultation étant généralement motivée par des malaises.

Ce travail comporte des limites se rapportant à toute enquête d'évaluation ponctuelle ayant pour objectif d'apprécier globalement le comportement d'une population susceptible de changer selon les circonstances :

tion de base, bénéficiant d'une assez bonne couverture sanitaire du fait de la proximité d'une structure de santé ne permet pas de projeter les résultats à l'ensemble de la population de Pikine et de Guédiawaye d'où la nécessité de faire une étude comparative avec d'autres quartiers non "couverts" ;

la manière de poser les questions et la profession des enquêteurs ont peut-être influencé les réponses : il est possible que le recours à la médecine traditionnelle, que nous avons noté, ne traduise pas la réalité même si en Afrique on sait que ce type de recours est variable selon les régions allant de 0,2% [4] à 46% [5]. Ce type d'enquête doit donc être mené par une équipe pluridisciplinaire comportant notamment des sociologues, des anthropologues afin de cerner certains aspects du comportement de la population pouvant échapper à des professionnels de santé.

Cependant malgré ces limites nous pouvons dire, à la lumière de notre travail, qu'il y a une "médicalisation" trop poussée des soins dans les structures périphériques de santé dont la vocation première est la prévention. Le personnel de santé exerçant de façon routinière des activités non évaluées, oublie l'I.E.C. qui est alors "récupérée" et véhiculée par un secteur populaire accroché à ses croyances. Ne pouvant influencer de façon durable et continue le comportement de ce personnel peu motivé à faire des tâches de sensibilisation et traînant les insuffisances d'une formation initiale trop théorique, il nous faut orienter nos actions dans deux directions :

- dans le cadre de la structure de santé : élaborer des stratégies réellement intégrées et régulièrement évaluées, faisant appel à des spécialistes de S.M.I., et tenant compte des représentations populaires de la maladie et des moyens de prévention.
- Hors de la structure sanitaire :
 - constituer des "relais communautaires" en redynamisant les comités de santé et identifiant les leaders capables de jouer le rôle d'agent de santé communautaire ;
 - motiver la communauté dans son ensemble, avec comme cellule de base la famille, par son implication dans les actions en faveur d'une bonne santé.

1. DIALLO F.
"Malnutrition chez les enfants de 0-6 ans à Pikine."
Mémoire C.E.S. de Pédiatrie, Université C.A.D. Dakar, 1989, 46p.
2. FASSIN D.
Pauvreté, urbanisation et santé : les inégalités d'accès aux soins dans la banlieue de Dakar.
In Psychopathologie Africaine, 1986, 1987, XXI, 2, 155-176.
3. WERNER J.F.
"Du symptôme au système : une exploration anthropologique des diarrhées du jeune enfant à Pikine."
In Urbanisation et santé dans le tiers monde : transition épidémiologique changement social et Soins de Santé Primaire, ed. ORSTOM, 1986, 352-374.
4. SCHULPENT W.J. et SWINKELS W.J.A.M.
"Machokos project studies XXI, the utilization of health service a rural area of Kenya."
Tropical and geographical Medicine, 1980, 32, 340-349.
5. UYANGA J.
"Rural - urban migration and sickness/healthcare behaviour : a study of eastern Nigeria."
Social Science Medicine, 1983, 17, 579-583.