

Recours thérapeutiques en cas de fièvre chez les enfants de moins de cinq ans et facteurs associés dans l'Arrondissement de Hêvié, Benin en 2020.

Care seeking in febrile children aged under five years old and associated factors in the Hêvié district, Benin, 2020.

AGUEMON B¹, DAMIEN BG², ADJAGBODJOU E¹, SOSSA CJ³.

¹Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, Benin

²Département Population et santé, Centre de Formation et de Recherche en matière de Population (CEFORP), Université d'Abomey-Calavi, Bénin

³Institut Régionale de Santé Publique, Université d'Abomey-Calavi, Ouidah, Benin.

Correspondance : AGEMON Badirou, Email : baguemon@yahoo.fr, Tél: +229 97573326

RESUME

Introduction : La fièvre est le premier motif de consultation en milieu sanitaire pour les enfants de moins de cinq ans et il convient de comprendre comment les parents assurent sa prise en charge. L'objectif de ce travail était d'étudier les recours au soin à la survenue de la fièvre chez des enfants de moins de cinq ans et les facteurs associés dans l'arrondissement de Hêvié, commune d'Abomey-Calavi au Bénin. **Méthodes** : Une enquête transversale descriptive et analytique réalisée au domicile de 334 mères/gardiennes d'enfants sélectionnées par échantillonnage probabiliste en grappe a été réalisée du 02 au 10 février 2020. **Résultats** : Sur les 334 enfants fébriles recensés les deux dernières semaines précédant l'enquête, 96,1% avaient donné un traitement à leur enfant. Sur les 321 ayant reçu un traitement 26,9% avaient reçu un traitement moderne, 48,8% un traitement traditionnel et 20,4% un traitement traditionnel puis moderne. Sur les 158 mères/gardiennes ayant fait un recours au soin auprès du relais communautaire ou d'un centre de santé, seulement 34,8% étaient dans les 24 heures après l'apparition de la fièvre. Le pouvoir de décision de la mère (OR_{95%} = 2,31 [1,11- 4,82], p=0,026) et la capacité du ménage à faire face aux dépenses liées aux soins des enfants (OR_{95%} = 2,05 [1,22- 3,43], p=0,007) avaient augmenté le recours aux soins dans les centres de santé et auprès des relais communautaires. **Conclusion** : Presque la totalité des mères a recours à un traitement en cas de fièvre pour son enfant mais seulement le tiers a reçu un traitement moderne en première intention et 34,8% étaient dans les 24 heures après l'apparition de la fièvre. Il est donc nécessaire de donner plus de pouvoir de décision aux mères d'une part et d'autre part renforcer les ménages dans leur capacité à faire face aux dépenses des soins des enfants de moins de cinq ans.

Mots clés : Fièvre, recours thérapeutiques, enfant de moins de cinq ans.

SUMMARY

Introduction: Fever is the primary reason for care seeking in health center for children aged 0-5 years. Then it is important to understand how parents manage fever. The objective of this work was to study the use of health care services following the occurrence of fever in children aged under five years and the associated factors in the Hêvié district, at Abomey-Calavi commune in Benin. **Methods**: A cross-sectional survey was conducted in the household among 334 mothers/caregivers selected by cluster sampling from February, 2 to 10, 2020. **Results**: Of the 334 children who were febrile in the last two weeks prior to the survey, 96.1% had given their child treatment. Of the 321 who received treatment, 26.9% received modern treatment, 48.8% traditional treatment and 20.4% traditional and then modern treatment. Of the 158 mothers/guardians who sought care from the community health or a health centre, only 34.8% did so within 24 hours of the onset of fever. The mother's decision-making power (OR_{95%} = 2.31 [1.11- 4.82], p=0.026) and the household's ability to meet expenses related to child care (OR_{95%} = 2.05 [1.22- 3.43], p=0.007) increased the use of health care at health centres and community health workers. **Conclusion**: Almost all mothers used treatment for their child's fever, but only one third received modern treatment as a first-line treatment and 34.8% were within 24 hours of the onset of fever. It is therefore necessary to give more decision-making power to mothers on the one hand, and to strengthen households' ability to meet the costs of caring for children under five.

INTRODUCTION

La santé des enfants constitue une préoccupation internationale inscrite dans les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et reconduite dans les objectifs du développement durable (ODD) comme troisième objectif 70 millions d'enfants risquent de mourir avant leur cinquième anniversaire [1, 2]. Il existe cinq maladies qui sont les responsables de plus de 70% de décès chez l'enfant de moins de cinq ans et qui sont prises en charge dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance. Il s'agit de la pneumonie, les maladies diarrhéiques le paludisme, la rougeole et la malnutrition et toutes ces maladies peuvent s'accompagner d'une fièvre [3]. En Afrique, surtout en milieu rural, la fièvre de l'enfant est considérée comme banale et ne nécessitant pas de soins dans une formation sanitaire. Les formes graves sont perçues comme une manifestation de la "sorcellerie" et ne justifient pas un recours aux soins. n'iront à l'hôpital [4, 5]. Au Bénin, en 2018, au Bénin, selon l'Enquête Démographique de la Santé (EDS) [6], la prévalence de la fièvre était de 19,4% mais elle était plus élevée dans le département de l'Atlantique (27,4%), et plus encore dans l'arrondissement de Hèvié (37,02%) [7]. L'Arrondissement de Hèvié subit depuis quelques années une forte pression démographique due à sa proximité avec Cotonou induisant un besoin sanitaire de plus en plus élevée qu'il est important de mieux comprendre [6]. De plus, le Bénin par sa proximité avec le Nigeria, a un marché fortement inondé de produits pharmaceutiques ; ce qui favorise l'automédication [8, 9]. De tout ce qui précède, la présente étude a pour objectif d'étudier les recours thérapeutiques à la survenue de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans et les facteurs associés dans l'arrondissement de Hèvié dans la commune d'Abomey-Calavi.

CADRE ET METHODE D'ETUDE

Cadre d'étude

Hèvié est un arrondissement de la commune d'Abomey-Calavi. Il dispose d'une seule formation sanitaire publique fonctionnelle composée d'un dispensaire et d'une maternité qui emploie quatre infirmiers diplômés d'état, deux infirmières de santé et cinq sages-

femmes diplômés d'état. Le seul médecin qui intervient vient du centre communal de santé d'Abomey-Calavi pour des actions ponctuelles. Il existe également des infrastructures privées (privées confessionnelles et privées à but lucratif) au nombre de onze réparties dans les différents villages [10].

Méthodes d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique réalisée du 02 au 10 février 2020.

La cible primaire était constituée des enfants de moins de cinq ans et la cible secondaire les mères d'enfants de moins de cinq ans. Ont été inclus dans l'étude pour la cible primaire les enfants âgés de moins de cinq ans et ayant des antécédents de fièvre au cours des deux dernières semaines. Concernant la cible secondaire les critères d'inclusion étaient : i) être mères ou gardiennes d'enfants fébriles de moins de cinq ans ii) être présente dans le ménage au moment de l'étude, iii) avoir donné leur consentement éclairé, iii) habitant depuis au moins six mois dans l'arrondissement de Hèvié au moment de l'enquête.

L'échantillonnage était probabiliste en grappe à deux degrés. Tous les cinq quartiers de l'arrondissement ont été retenus. Afin de demeurer équitable dans la répartition des enfants dans chacun des quartiers, une pondération a été faite en tenant compte de l'effectif total des enfants âgés moins de cinq ans de chaque quartier. La taille d'échantillon a été calculée en utilisant la formule de Schwartz donnant : $n = Z_{\alpha}^2 p \cdot q \cdot c / i^2$ où n était la taille de l'échantillon à étudier, Z_{α} était 1,96 est l'écart réduit pour un risque $\alpha = 5\%$, p représentait la prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans dans le département de l'Atlantique. Elle était estimée à 27,4% et $q = 0,73$, la précision étant de i égale à 0,06 et le facteur c correcteur de grappe égal à 1,5. La taille n de l'échantillon était estimée à 318 sujets au moins [11].

L'enquête par questionnaire face-à-face a été utilisée pour collecter les données. Le pré-test a été réalisé dans l'arrondissement de Godomey voisin du site d'étude. La variable dépendante était le recours thérapeutique en

cas de fièvre. Il s'agissait d'une variable dichotomique codée recours recommandé en première intention lorsque la mère ou gardienne d'enfants faisait recours au personnel de santé (relais communautaire, centre de santé) et codée « recours aux soins non recommandé, quand elle faisait recours au système traditionnel (guérisseur, prière, acupuncture) et à l'automédication. Les variables indépendantes étaient les informations sociodémographiques et économiques sur le ménage, la nature de la maladie (gravité et type), l'offre de soins (coût des médicaments, qualité des services, accessibilité géographique), le pouvoir de décision de la mère et capacité du ménage à faire face aux dépenses de santé des enfants. La perception de la fièvre, l'utilisation des thermomètres et des CTA ont été décrites. Les données ont été codifiées, saisies et analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS version 21. Pour rechercher le lien entre le recours aux soins et les variables explicatives un modèle de régression logistique a été utilisé. Dans un premier temps une analyse bi variée a été réalisée. Une différence significative a été considérée au seuil de $\alpha = 0,05$. La force de l'association a été mesurée grâce à l'Odds Ratio. Une autorisation de recherche a été obtenue du comité d'éthique de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou.

RESULTATS

Au total 520 ménages ont été visités et 334 couples mères-enfants de moins de cinq ans fébriles ont été inclus. L'âge moyen des enfants était de 28,85 mois $\pm 15,75$ et la majorité des enfants (42,5%) avaient un âge compris entre 24 à 48 mois contre 19,5% chez les moins de 12 mois, 26,6% chez les 12 à 24 mois et 11,4% chez les 48 à 60 mois. La sex-ratio était de 1,04. L'âge moyen des pères était de 35,8 $\pm 9,3$ ans avec 36,8% âgés de 30 à 40 ans (Tableau I). L'âge moyen des mères était de 28,44 $\pm 6,61$ ans avec 55,4% âgés de 18 à 28 ans (Tableau II).

Tableau I : Répartition des pères selon les caractéristiques sociodémographiques et économiques, Hèvié, 2020.

	n	%
Age		
19-30 ans	118	35,3
30 -40 ans	129	38,6
40-50 ans	63	18,9
50 ans et plus	24	7,2
Profession		
Etudiant	10	3,0
Sans emploi	25	7,5
Fonctionnaire	11	3,3
Commerçant	32	9,6
Artisan	224	67,1
Enseignant	11	3,3
Autres	21	6,2
Niveau d'instruction		
Aucun	99	29,6
Primaire	124	37,1
Secondaire	88	26,3
Supérieur	23	6,9
Religion		
Animiste	153	45,8
Catholique	74	22,2
Céleste	30	9,0
Evangelique	54	16,2
Autres	13	3,9
Nombre d'enfants de moins de 5 ans		
Un	180	54,8
Deux	126	37,7
Plus de deux	25	7,5
Revenu		
Inférieur à 40 000 FCFA	165	49,1
40 000 à 60 000 FCFA	73	21,9
Supérieur à 60 000 FCFA	25	7,5
Sans réponse	71	24,0

Tableau II : Répartition des mères selon les caractéristiques sociodémographiques et économiques, Hêvié, 2020.

	n	%
Age		
18-28ans	185	55,4
29-39 ans	126	37,7
39-55 ans	23	6,9
Profession		
Artisane	91	27,2
Ménagère	88	26,3
Commerçante	123	36,8
Etudiante	7	2,1
Fonctionnaire	15	4,6
Autres	10	3,0
Niveau d'instruction		
Aucun	147	44,0
Primaire	109	32,6
Secondaire	71	21,3
Supérieur	7	2,1
Religion		
Animiste	129	38,6
Catholique	84	25,1
Céleste	33	9,9
Évangélique	65	19,5
Protestante	6	1,8
Musulmane	7	2,1
Autres	10	3,0
Situation matrimoniale		
Célibataire avec enfant	23	6,9
Mariée	306	91,6
Divorcée	5	1,5
Type de ménage		
Monogame	260	77,8
Polygame	74	22,2
Revenu		
Inférieur à 40 000 FCFA	210	62,9
40 000 à 60 000 FCFA	24	7,2
Supérieur à 60 000 FCFA	3	0,9
Ne sait pas	97	29,1
Taille du ménage		
Moins de 5 personnes	215	64,4
5 à 9 personnes	112	33,5
10 personnes et plus	7	2,1

La perception de la cause de la fièvre donne lieu à des réponses très variées. Près de 89,30% des mères ont lié l'apparition de la fièvre au paludisme, 21,30% à la dentition, 1,30% à la malnutrition, 3,3% au manque d'hygiène, 2,7% à la pauvreté, 1,3% à la sorcellerie et 1,3% à la malnutrition. La majorité des mères soit 81,7% ont défini la fièvre comme étant une élévation de la température contre 18,3% qui n'ont pas pu la définir correcte-

ment. Celles qui détiennent un thermomètre à la maison représentent 52,7%, mais pour détecter la présence d'une fièvre 78,4% des mères d'enfant utilisent le toucher (Tableau III).

Tableau III : Perceptions et pratiques de la mère ou la gardienne de l'enfant devant la fièvre, Hêvié, 2020.

	n	%
Définition de la fièvre		
Élévation de la température	273	81,7
Autres	61	18,3
Thermomètre disponible dans le ménage		
Oui	176	52,7
Non	158	47,3
Technique de détection de la fièvre		
Toucher	262	78,4
Thermomètre	52	15,6
Autres	20	6,0
Fièvre : symptôme d'une maladie		
Oui	322	96,4
Non	12	3,6
Perception de la fièvre de l'enfant par les parents		
Maladie naturelle	320	95,8
Maladie provoquée	7	2,1
Ne sait pas	7	2,1
Perception de la gravité de la fièvre par les parents		
Pas grave	100	29,9
Moyenne grave	118	35,3
Menaçant la vie	111	33,2
Ne sait pas	5	1,5

Parmi les 334 réponses sur l'utilisation des CTA, 21,9% des parents l'ont utilisé au moins une fois, 44,4% l'ont utilisé plusieurs fois, 33,7% ne l'ont jamais utilisé et 16,5% n'ont pas répondu. Les personnes ayant recommandé l'utilisation des CTA aux mères/gardiennes des enfants étaient le personnel de santé (45,9%), les relais communautaires (33,5%), les parents (7,1%), la mère/gardienne elle-même (4,9%) et les amis (4,3%). Concernant la fréquence du recours thérapeutique des parents, sur les 334 mères d'enfants ayant eu la fièvre, 96,1% ont donné un traitement à leur enfant. Sur les 321 ayant reçu un traitement

26,9% ont reçu un traitement moderne, 48,8% un traitement traditionnel et 20,4% un traitement traditionnel puis moderne.

Concernant la fréquence du recours au relais communautaire ou au centre de santé, sur les 158 mères/gardiennes ayant fait un recours au soin auprès du relais communautaire (RC) ou d'un centre de santé (CS), 34,8% étaient dans les 24 heures après l'apparition de la fièvre, 32,9% entre 24-48 heures et 32,3% plus de 48 heures. Les raisons de non recours aux soins étaient neuf fois sur 13 « l'absence de gravité de la fièvre ».

Concernant la fréquence du recours à l'automédication, sur les 390 mères ayant donné des médicaments à leur enfant, 82,3% avaient déclaré des médicaments pharmaceutiques, 68,0% des plantes, des écorces et des racines, 5% des incantations, libations et sacrifices, et 4% des baumes chinois, des pom-mades et du pétrole lampant.

Dans les cas d'automédication avec les médicaments pharmaceutiques, 53,5% ont reçu du paracétamol, 8,6% des CTA, 2,9% du fer/foldine, 2,9% de l'amoxicilline, 2,4% de l'aspirine, 1,2% de la quinine et 0,8% de l'aspégic.

Sur un total de 509 raisons de non recours aux soins dans les CS ou auprès des RC évoqués, 58,0% des mères ou gardiens/gardiennes avaient déclaré « une connaissance sur la prise en charge de la fièvre chez les enfants », 58% « une moindre dépense », 56% « un manque d'argent pour aller au CS », 35% « une disponibilité du médicament à la maison », 9% « une formation sanitaire éloignée de la maison » et 6% « une possibilité d'acheter les médicaments à crédit ».

Des 334 mères, 75,7% ont affirmé avoir un pouvoir de décision dans le ménage surtout quand il s'agissait des soins de santé de leurs enfants. Les capacités à faire face aux dépenses de soins et à l'achat des médicaments étaient faibles respectivement dans 40,4% et 42,8% des ménages (Tableau IV).

Tableau IV : Pouvoir de décision de la mère et capacité du ménage à faire face aux dépenses de santé des enfants, Hêvié, 2020.

	n	%
Pouvoir de décision de la mère		
Oui	253	75,7
Non	70	21,0
Mère ne sait pas prononcée	11	3,3
Capacité du ménage à faire face aux dépenses liées aux soins		
Oui	135	40,4
Non	180	53,9
Mère ne sait pas prononcée	19	5,7
Capacité du ménage à faire face aux dépenses liées aux médicaments		
Oui	143	42,8
Non	169	50,6
Mère ne sait pas prononcée	22	6,6

Après une analyse multivariée, les mères ayant un pouvoir de décision avaient 2,31 fois plus eu un recours thérapeutique de bonne qualité que celle n'ayant pas ce pouvoir. Les ménages ayant la capacité du ménage à faire face aux dépenses liées aux soins des enfants avaient 2,05 fois plus fait un recours thérapeutique dans les centres de santé ou auprès des relais communautaires que celle n'ayant pas cette capacité (Tableau V).

Tableau V: Facteurs associés au recours thérapeutiques en 1^{ère} intention en cas de fièvre chez les enfants de moins de cinq ans, Hêvié, 2020, analyse multivariée.

	OR	IC à 95 %	p-value
Pouvoir de décision de la mère			
Oui	2,31	1,06-4,82	0,026
Non			
Capacité du ménage à faire face aux dépenses liées aux soins des enfants			
Oui	2,05	1,22-3,43	0,007
Non			

DISCUSSION

Pour la détection de la présence d'une fièvre chez les enfants, près de ¾ des mères utilisaient le toucher malgré que la majorité des mères (68,8%) possédaient un thermomètre à domicile. Ce résultat vient conforter celui trouvé au sud et au nord du Bénin qui décrit respectivement 18% et 37,8% d'utilisation de

thermomètre pour prendre la température [12]. La recherche des facteurs associés au recours thérapeutique a permis de mettre en évidence le pouvoir de décision de la mère et la capacité du ménage à faire face aux dépenses de santé des enfants en cas de maladie. dans l'étude sur « Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins », il avait été rapporté que les facteurs influençant le recours aux soins étaient liés aux perceptions et représentations [13]. La perception de la fièvre est telle que le recours à l'hôpital n'est pas nécessaire selon la plupart des interviewés. Les enquêtés n'ont recours aux soins modernes que quand les autres niveaux (domicile, voisins, guérisseurs) ont échoué. Des facteurs sociaux influencent également le recours aux soins. Il s'agissait essentiellement de la pression sociale devant la convulsion et qui amène à recourir immédiatement à une personne âgée de la famille ou à un guérisseur. Le système de soins lui-même pourrait être un obstacle au recours aux soins. En effet, le centre de santé d'arrondissement ne peut gérer que les cas simples de paludisme, avec les mêmes médicaments que ceux disponibles en vente illicite. Du fait de l'automédication pratiquée par les populations, elles ont l'impression de ne rien gagner en se faisant prescrire ces mêmes médicaments dans les formations sanitaires [14].

REFERENCES

1. UNICEF. La situation des enfants dans le monde 2016. L'égalité des chances pour chaque enfant. 2017.
2. OMS / UNICEF. Manuel de la PCIME: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant. 2001.
3. OMS/UNICEF. Manuel sur la PCIME. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. 2005. OMS WHO/FCH/CAH/00.12. 172p.
4. Houéto, D, d'Hoore W, Ouendo E, Hounsa A, Deccache A. (2007). Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins. Santé Publique, 19, 363-372. <https://doi.org/10.3917/spub.075.0363>
5. OMS/UNICEF/Banque mondiale. Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME). 2007.
6. Ministère du Plan et de Développement, INSAE. Cinquième enquête démographique et de santé au Bénin (EDSB-V). 2018.
7. Centre de santé de Hêvié. Le relevé épidémiologique mensuel des centres de santé de l'arrondissement de Hêvié (B5-a). 2018.
8. Boidin B. La prolifération des micro-unités de santé au Bénin : le rôle de la différenciation. Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, 1996;4:359-381.
9. Boidin B. Le milieu sanitaire en économie béninoise : la théorie économique mise à l'épreuve. Cahiers Lillois d'Economie et de Sociologie, 1994;24:109-137.
10. Biao CF. Monography of Abomey-Calavi. Afrique conseil 2006. 72p.
11. Fourn L, Sakou G, Zohoun T. Utilisation des services de santé par les mères des enfants fébriles au Sud du Bénin. Santé Publique 2001;3(13):161-168.
12. Damien BG, Aguemon B, Abdoulaye Alfa D, Bocossa D, Ogouyemi-Hounto A, Remoue F, Le Hesran JY. Low use of artemisinin-based combination therapy for febrile children under five and barriers to correct fever management in Benin: a decade after WHO recommendation. BMC Public Health. 2018;22;18(1):168.
13. Houéto D, D'hoore WD, Ouendo EM, Hounsa A, Deccache A. Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins. Santé Publique 2007;19(5):363-372.
14. Egrot M. Produits frontières, légitimité, confiance et automédication : interférences autour de quelques médicaments néo-traditionnels circulant en Afrique de l'ouest. In : L'automédication et ses déterminants Cotonou : Actes des Rencontres Nord/Sud de l'automédication et de ses déterminants, 2015. Cotonou; 2015. Available from: <https://hal.archivesouvertes.fr/hal-01336870/document>. Accessed 12 July 2018.