

## **Le recours aux soins de santé des enfants en Algérie de 2002**

### **Présentée: BELARBI Zoubida & KROMBIT Rachida**

Les soins de santé jouent un rôle important dans la présentation de l'état de santé, tant au niveau de la prévention de la maladie, qu'au niveau des soins dispensés en cas de maladie. La santé des enfants passe par plusieurs étapes. La première étape commence avant la naissance de l'enfant, la seconde correspond à l'accouchement et enfin les soins accordés durant les premières années de vie.

«L'utilisation des soins de santé est le résultat d'un processus dont la première phase est l'apparition d'un besoin en santé» Donabedian (1987).

Il s'agit d'une situation qui peut être un malaise, un état morbide ou tout simplement un symptôme et qui nécessite une attention particulière. La perception des symptômes ou la reconnaissance d'un besoin sanitaire vient en second lieu. Cette perception est conditionnée par plusieurs facteurs notamment d'ordre culturel. La perception d'un besoin sanitaire conduit à une prise de décision sur le comportement à adopter. La décision sera prise en fonction des symptômes et de leur gravité, de «l'interférence avec les activités quotidiennes, le seuil de tolérance des incommodités, le caractère chronique des maladies, les possibles conséquences qu'ils peuvent entraîner» Arredondo (1992).

Les réponses à un besoin sanitaire sont multiples: ne rien faire, consulter d'autres personnes de l'entourage ou bien recourir au service du système de santé (Pelto, 1987). Plusieurs choix de soins peuvent être opérés: on peut recourir aux méthodes traditionnelles en recourant aux guérisseurs, on peut aussi se procurer les médicaments dans une pharmacie, ou consulter un médecin privé ou aller dans une structure de santé du secteur public. Pour les services des soins modernes, leur utilisation est conditionnée par la disponibilité du service dans la localité de résidence. De plus l'accessibilité culturelle et économique est également à considérer.

Dans l'étude de la santé des enfants et de la mère, classiquement on considère les soins apportés pendant la grossesse et l'accouchement ainsi que les soins prodigués durant la première année de vie. Nous distinguons deux types de soins accordés à la mère et l'enfant. Le premier type a un caractère préventif tel que le suivi de la grossesse, la vaccination contre certaines pathologies et le suivi de la croissance de l'enfant. La décision d'utiliser les soins de santé n'est pas du ressort de la mère et du père de l'enfant seulement mais les autres membres du ménage ont leurs mots à dire.

L'identification d'un besoin de santé et sa prise en compte se fera au sein du ménage.

Nous essayons de vérifier dans ce travail l'influence du type de ménage sur l'utilisation des soins de santé maternelle et infantile. Le statut de la mère, appréhendé par le lien de parenté avec le chef de ménage, pourra nous renseigner sur la situation de la mère au sein du ménage. Les belles-filles qui cohabitent avec les beaux parents peuvent être soumises à des contraintes telles qu'une limitation plus importante de leurs déplacements par rapport aux femmes vivant dans un ménage nucléaire. En plus de la situation de dépendance de la mère, les caractéristiques de cette dernière tel que son niveau d'instruction, son origine rurale, son jeune âge vont influencer sa perception du besoin sanitaire et la réponse à ce besoin.

L'enquête EASF 2002 comporte un module sur la santé de la reproduction. Des questions concernant la dernière naissance des cinq années précédant l'enquête nous

permettent d'analyser les comportements en matière d'utilisation des services de santé en distinguant les soins préventifs des soins curatifs. Nous essayons de répondre aux questions suivantes:

- Quels sont les principaux déterminants du recours aux soins de santé ?
- Y a-t-il des différences de recours aux soins selon le sexe de l'enfant et le type du ménage représenté par le lien de parenté avec le chef de ménage ?
- Est-ce que les caractéristiques de l'utilisation des services de santé est identique pour les soins préventifs et curatifs ?

Les soins préventifs que nous allons considérer successivement sont:

- 1 - le suivi de la grossesse (grossesse suivie, mois de grossesse à la première consultation, la consultation faite par un médecin ou une sage-femme ou une infirmière, nombre de consultations durant la grossesse).
- 2 - Les soins au moment de l'accouchement.
- 3 - La vaccination.

Les soins curatifs concerneront les maladies suivantes: la toux, et la diarrhée chez l'enfant de moins de cinq ans.

Il est à noter que l'état de santé de la mère peut inciter cette dernière ainsi que les membres influents du ménage à recourir aux soins de santé pour la femme elle-même et non dans un but de prévention. Les risques encourus par les enfants dont la mère souffre d'une maladie sont plus important que ceux des autres enfants. Selon Potter (1988), l'utilisation des soins prénataux par les femmes dans les milieux ruraux mexicains est une conséquence à un malaise ressenti par la femme au cours de sa grossesse, les nausées matinales étant associées à une forte utilisation des soins prénataux.

#### Données utilisées

Les données utilisées proviennent de l'enquête santé de la famille. Ce projet s'inscrit dans la continuité du projet PAPCHILD initié par la Ligue des Etats arabes. Ce programme a permis aux pays arabes de disposer des données nécessaires pour l'évaluation de l'état de santé de leur population.

Cinq questionnaires ont été utilisés dans cette enquête.

- 1- Deux questionnaires relatifs au ménage
  - Questionnaire ménage pour l'échantillon principal.
  - Questionnaire ménage pour l'échantillon élargi.

Pour estimer la mortalité infantile, la taille de l'échantillon a été doublée pour cet indicateur.

Le plan de sondage.

Il s'agit d'un sondage stratifié à deux degrés:

1<sup>er</sup> degré: Tirage des unités primaires (districts). Leur nombre est de 510

2<sup>eme</sup> degré : Tirage des unités secondaires (ménages) à raison de 20 ménages par district pour l'échantillon principal et 40 ménages par district pour l'échantillon élargi.

Pour disposer des informations à un niveau de détail plus fin pour les indicateurs dont les estimations sont permises à partir de l'échantillon, on a eu recours à une classification des régions (est, ouest, sud et centre) en 17 sous régions selon quatre critères (indice synthétique de fécondité, analphabétisme, rattachement au réseau d'assainissement, proportion de la population vivant en zone éparsé). Les critères

utilisés ont été tirés à partir des statistiques du recensement général de la population et de l'habitat de 1998 et des enquêtes de l'Etat Civil. La classification a été faite avec le logiciel SPSS. On a tenu compte en plus des critères précédents de la contiguïté géographique. «Cette stratification est justifiée par l'hétérogénéité des wilayas composant chaque région sanitaire concernant plusieurs indicateurs socio-économiques très fortement corrélés avec les objectifs assignés à cette enquête, d'où la nécessité de stratifier. Cette stratification permettra en outre de réduire considérablement les marges d'erreurs des différents indicateurs et d'obtenir une meilleure précision des différents estimateurs et une meilleure qualité des données» ONS-MSPRH (2002, p.9).

Le nombre de ménages à enquêter pour l'échantillon principal est de 10 200 ménages et 20 400 ménages pour l'échantillon élargi.

L'enquête sur le terrain s'est déroulée du 21 septembre 2002 au 30 Novembre 2002.

Méthode statistique utilisée

Les indicateurs utilisés sont dichotomique la régression logistique peut être utilisée pour vérifier nos hypothèses.

Quelques résultats

- Le premier indicateur analysé pour les soins préventifs est le suivi de la grossesse, le statut de la femme était déterminant on a trouvé que les femmes chefs de ménage faisaient suivre leurs grossesses plus que les autres. Pour les trois autres indicateurs à savoir précocité, soins médicaux et le nombre de consultation durant la grossesse, les facteurs socio-économique et l'état de santé de la mère étaient les plus décisifs.
- Le type de ménage s'est révélé déterminant dans la prise en charge de l'accouchement, les femmes issues de ménages non nucléaires avaient plus de chance d'accoucher dans une structure sanitaire.
- Quant à l'allaitement de l'enfant, le lien de parenté est déterminant, les enfants du chef de ménage avaient une plus grande chance d'être allaité et pour une plus longue durée.
- Les indicateurs utilisés pour représenter les soins curatifs sont le recours aux services de santé et l'utilisation d'un traitement moderne pour la diarrhée ou la toux. Les enfants appartenant à des ménages dirigés par les femmes voyaient leurs chances d'utiliser un traitement moderne pour la toux plus important que les autres. Quant à l'indicateur utilisation des services de santé, une discrimination envers les filles a été observée, les ménages conduisaient les garçons malades plus fréquemment que les filles.