

Recours thérapeutique en pédiatrie : place de l'automédication chez les enfants reçus au Centre Hospitalier Universitaire Charles de Gaulle de Ouagadougou (Burkina Faso)

A. KABORÉ¹, D. RAMDÉ¹, M. T. SOMÉ², L. DAO¹, H. SAVADOGO¹,
S. A. P. OUÉDRAOGO¹, S. KABORET, F. KOUETA¹, D. YE¹

Résumé

L'itinéraire thérapeutique fait référence aux parcours utilisés par les individus pour l'obtention de soins en développant des stratégies les mettant en relation avec divers lieux de traitements. L'objectif de notre travail était d'étudier les itinéraires thérapeutiques des enfants reçus au CHUP CDG. Il s'est agi d'une étude descriptive transversale qui s'est déroulée en trois mois. Un guide d'entretien oral a permis de recueillir les données auprès des parents consentants. Les parents ou accompagnants de 300 enfants hospitalisés ont participé à l'étude. La résidence de la famille était surtout la zone urbaine dans 74 % des cas. Le délai de consultation était de 1 à 2 jours dans 69,7 % des cas. Le nombre moyen de recours thérapeutiques était de 3 avec des extrêmes de 1 et 7. Parmi les symptômes présentés par les enfants, la fièvre (56,3 %), la diarrhée (9 %) et la toux (6 %) étaient les plus fréquents.

Devant la fièvre 60,9 % des parents ont eu recours à l'automédication. Cette automédication occasionne un retard de consultation qui pourrait être préjudiciable aux enfants.

Mots-clés : itinéraires thérapeutiques, enfants, automédication, Burkina Faso.

Care seeking in pediatric wards : place of self-medication among the children received at teaching hospitals center Charles de Gaulle (Burkina Faso)

Abstract

The course of therapy refers to procedures used by individuals to obtain care by developing strategies that put them in relation with various treatment centers. The objective of our study was to investigate the course of therapy used by children received at the University Child Hospital Center (CHUP-CDG). This is a descriptive cross-cutting study conducted over three months. Data collection was done through an oral discussion guide with consenting parents.

¹ Service de pédiatrie médicale du Centre Hospitalier Universitaire Charles De Gaulle de Ouagadougou

² Centre National de Recherche Scientifique et Technologique

Auteur correspondant : Aïssata KABORE/OUEDRAOGO, Sita_kab@yahoo.fr, CHUP- CDG: 01 BP 1198 Ouagadougou 01 (Burkina-Faso)

Parents or home nurses of 300 children hospitalized participated in the study. Most of children's families were living in urban area in 74% of cases. Consultation time at CHUP-CDG was 1 to 2 days in 69.7% of cases. The average number of therapeutic use for this disease was 3 with extremes between 1 and 7. Most common symptoms found in children included fever (56.3%), diarrhea (9%) and cough (6%). In case of fever, 64% of parents first practice self-medication. This self-medication is source of delays in consultations, notably in case of fever.

Keywords: therapeutic itinerary, children, self-medication, Burkina Faso.

Introduction

L'itinéraire thérapeutique fait référence aux parcours utilisés par les individus pour l'obtention de soins en développant des stratégies les mettant en relation avec divers lieux de traitements qui répondent aux exigences de l'individu et de celles de son réseau social. Au Burkina Faso, la pyramide sanitaire se compose de trois niveaux de soins. Le premier niveau regroupe les Centres de Santé et de Promotion Social (CSPS) qui offrent des soins de base. Pour les pathologies compliquées les patients ont recours au deuxième niveau de soins constitués par les Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA). Ces centres réfèrent à leur tour au troisième niveau de soins constitué par les hôpitaux.

Malgré la disponibilité relative des soins modernes de santé, les populations utilisent parfois des systèmes de soins parallèles qui peuvent avoir un impact négatif sur la prise en charge des maladies. Parmi ces soins parallèles, le recours à l'automédication moderne ou traditionnelle est décrit par plusieurs auteurs (BAUME C. *et al.*, 2000 ; DOZON J.P. *et al.*, 1986 ; HOUÉTO D. *et al.*, 2007 ; KOUÉTA F. *et al.*, 2007 ; MILLOGO A. *et al.*, 2003 ; 6. SINDZINGRE N A., 1985).

Les facteurs liées à cette automédication sont surtout la pauvreté (BILA B. *et al.*, 2008), l'ignorance (DESJEUX D., 1997) et la non disponibilité des services publiques de soins selon plusieurs auteurs (DOSSOU-YOVO J. *et al.*, 2001 ; OUENDO E. M. *et al.*, 2005 ; RAVELOMANANA T. *et al.*, 2010 ; TEJ DELLAGI R. *et al.*, 2005). Le but de notre étude était d'évaluer le recours thérapeutique notamment l'automédication chez les enfants reçus au CHUP CDG.

2. Méthodologie

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale qui s'est déroulée en trois mois (1^{er} août au 31 octobre 2012). Un guide d'entretien oral a permis de faire un sondage auprès des parents consentants. Les données recueillies portaient sur les premiers symptômes de la maladie, le délai de consultation, le type de recours thérapeutique et la nature des soins administrés à l'enfant avant son admission au CHUP CDG.

3. Résultats

3.1 Données générales

Les parents ou accompagnants de 300 enfants hospitalisés ont participé à l'étude. Ces parents étaient de niveau socio-économique moyen (43 %) ou bas (23 %). La résidence de la famille était la zone urbaine dans 74 % des cas. La famille était polygame dans 16,7 % des cas. Les mères étaient femme au foyer et sans revenu dans 42 % des cas. Le nombre de personnes en charge du chef de

ménage était compris entre 1 et 7 dans 92,7 % des cas. Les mères des enfants étaient scolarisées jusqu'au niveau primaire dans 36,6 % des cas et jusqu'au niveau secondaire dans 47,9 % des cas. Les enfants de moins de 5 ans représentait 75 % des cas.

Les enfants ont présenté plusieurs symptômes isolés ou associés au cours de l'épisode de maladie. La fièvre (56,3 %) la diarrhée (9 %) et la toux (6 %) étaient les symptômes fréquemment rencontrés.

Dans notre étude, 60,3 % des enfants ont été référés par un centre de santé. Le délai de consultation dans une formation sanitaire était en moyenne de 2 jours avec des extrêmes de 1 et 5 jours. Les parents ont accédé l'hôpital par moto dans 49,5 % des cas.

3.2 Type de recours thérapeutique

Les parents ont eu plusieurs recours thérapeutiques devant l'épisode de maladie de leur enfant. Le nombre moyen de recours thérapeutiques par enfant était de 3 avec des extrêmes de 1 et 7.

Le premier type de recours thérapeutique était l'automédication (avec des produits pharmaceutiques ou avec des produits traditionnels) dans 60,7 % des cas. Le deuxième recours thérapeutique était le CSPS (29,4 %). Le CHUP CDG a été utilisé en 3^e recours dans 52,3 % des cas. La répartition des parents en fonction du type de premier recours thérapeutique est représentée à la figure 1.

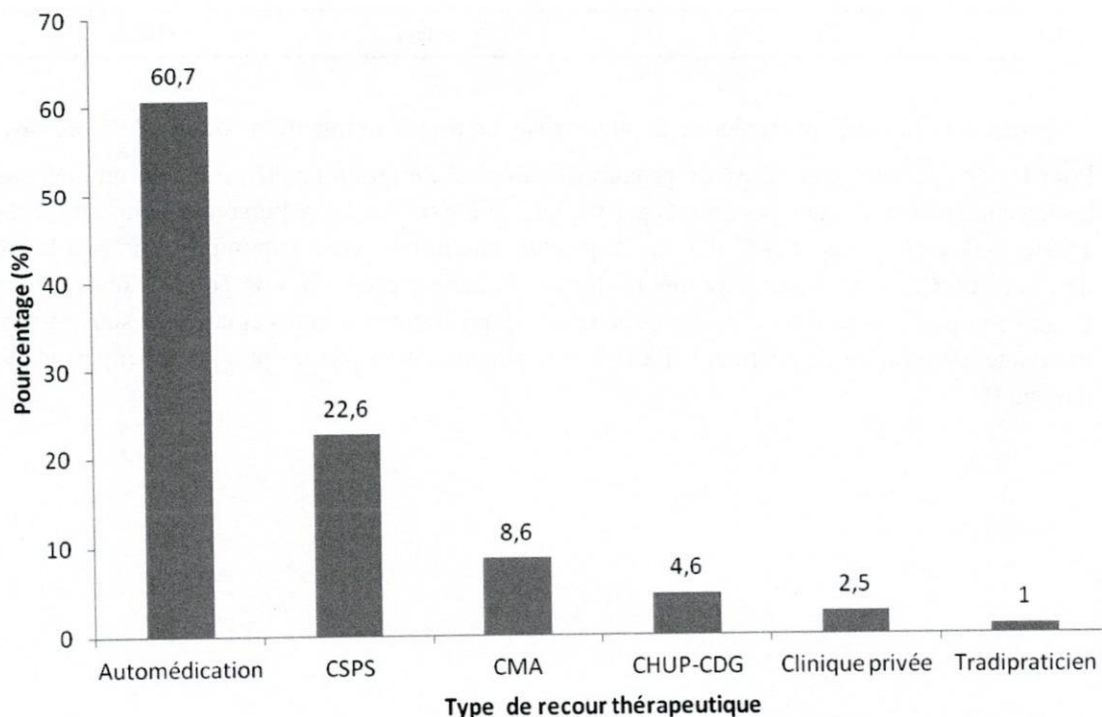


Figure 1 : Répartition des parents d'enfants selon le type du premier recours thérapeutique

3.3 Nature des soins administrés

Les parents ont utilisé des moyens de traitements modernes et/ ou traditionnels contre la maladie de leur enfant. Sur les 300 parents, 287 ont pu préciser la provenance du produit utilisé en automédication. Ainsi 71 % des médicaments provenaient d'une pharmacie ; 27,1 % provenaient de la médecine traditionnelle et 1,7 % des médicaments de rue.

Pour les parents qui ont utilisé un produit pharmaceutique, 189 parents ont pu citer le nom du médicament utilisé. La répartition de ces médicaments est répertoriée au tableau I.

Tableau I. Répartition des médicaments utilisés en premier recours.

Médicaments utilisés	Fréquence	Pourcentage (%)
Paracétamol	132	69,8
Amodiaquine	13	6,8
Parégorique	9	4,7
Acide-Acétyle-Salicylique	8	4,2
Arthémeter-Luméfantine	8	4,2
Ibuprofène	8	4,2
Amoxicilline	7	3,7
Cotrimoxazole	4	2,4
Total	189	100,0

Le paracétamol était l'antipyrétique le plus utilisé en première intention soit 69,8 % des cas.

Pour les 78 parents ayant utilisé un produit traditionnel, ce produit a été remis par un guérisseur traditionnel dans 50 % des cas ; remis par la grand-mère ou une autre personne de la famille dans 19,2% % des cas. Dans 30,8 % des cas, le produit traditionnel était disponible auprès de la mère de l'enfant. Certains de ces produits traditionnels étaient constitués de poudres mais d'autres étaient composés de plantes (feuilles et/ou racines) qui étaient bouillies et utilisées sous forme de breuvage, de bain ou de lavement. La liste des plantes citées par les parents est répertoriée au tableau II.

Tableau II. Plantes utilisées dans l'automédication traditionnelle

Nom usuel		Nom scientifique (famille)
Les feuilles d'eucalyptus*	n= 19	<i>Eucalyptus globulus</i> L, <i>Eucalyptus camadulensis</i> (Myrtaceae)
Les feuilles d'acacia	n=12	<i>Cassia</i> ou <i>Senna</i>
Les écorces de raisin	n=12	<i>Lannea microcarpa</i> (Anacardiaceae)
Les feuilles de papaye**	n=13	<i>Carica papaya</i> L (Caricaceae)
Les feuilles de citronnier	n=6	<i>Citrus limon</i> L (Rutaceae)
La fleur d'hibiscus	n=4	<i>Hibiscus sabdarifa</i> L (Malvaceae)
L'écorce de néré	n=14	<i>Parkia biglobosa</i> (Mimosaceae)
Le karité	n=11	<i>Vitellaria paradoxa</i> (Sapotaceae)
La feuille de manguier	n=11	<i>Mangifera indica</i> L (Anacardiaceae)

*Les feuilles d'eucalyptus étaient bouillies avec les feuilles d'acacia pour servir de bain** les feuilles de papaye étaient souvent bouillies avec les feuilles de citronnier pour servir de breuvage.

4. Discussion

4.1 Données générales

Dans notre étude, la collecte des données s'est déroulée en période de forte transmission du paludisme (juin à Août) dont la principale manifestation est la fièvre chez l'enfant. Cela pourrait expliquer cette fréquence élevée de la fièvre.

Pour cette fièvre la consultation dans une formation sanitaire s'est faite dans les deux premiers jours pour 69,7 % (N = 209) des enfants. L'idéal serait d'arriver à un délai de consultation de 100 % dans les 24 premières heures. Mais l'automédication, l'incapacité financière des mères pourraient influencer ce délai idéal.

Dans notre étude Les moyens de transport étant quasi inexistant dans les CSPS, les malades sont arrivés par leur propre moyen (vélo, taxi ou à motocyclette) à l'hôpital. Dans d'autres études en Afrique, le même constat a été fait par plusieurs auteurs (ABDOU RAOUF O. *et al.*, 2002 ; BOBOSSI-SERENGBE G. *et al.*, 2000 ; DARKAOUI N. *et al.*, 1999). Ce mode de transport pourrait prolonger les délais de transport et aggraver l'état des malades.

4.2 Type de recours thérapeutique

L'automédication était notée dans 60,7 % des cas dans notre étude. Nos résultats sont proches de ceux de Dossou (en Côte d'Ivoire) et d'Edgard (au Bénin) qui ont trouvé respectivement 87,6 % et 66,4 % (BILA B. *et al.*, 2008 ; OUENDO *et al.*, 2005).

L'automédication pourrait s'expliquer par les difficultés financières de certains parents. En effet, la décision d'amener l'enfant à l'hôpital implique des dépenses financières qu'une femme au foyer (42 % dans notre étude) sans revenus ne pourrait supporter. Le niveau de scolarisation relativement élevée des mères n'a pas eu d'influence sur cette automédication. D'autres facteurs pourraient être

alors en cause. Dans une étude auprès de malades indigents au Bénin, Ouendo a trouvé que ces derniers utilisaient (en premier recours) moins les centres de santé que les non indigents (OUENDO E. M. *et al.*, 2005). Une subvention des frais de santé à tous les niveaux par les autorités politiques pourrait améliorer cette situation et permettre une prise en charge efficace des populations les plus démunies comme l'ont démontré certains auteurs (BAILLOT J. *et al.*, 2012 ; TEJ DELLAGI R. *et al.*, 2005).

Cette automédication pourrait aussi être liée à l'image que les parents ont des services offerts dans les centres de santé. L'insuffisance du plateau technique du premier niveau de soins pourrait inciter les populations à commencer les soins à domicile. Selon Ouendo au Bénin, l'automédication est liée aux conséquences d'un système public de santé qui perd progressivement sa crédibilité (OUENDO E. M. *et al.*, 2005).

Enfin dans les pays d'endémie palustre, les conseils des soignants tendent à faire traiter précocement la fièvre à domicile. Une meilleure sensibilisation devrait être menée pour inciter les mères à consulter un centre de santé le plus tôt possible après les premiers soins à domicile.

4.3 Nature des soins administrés

Dans notre étude, les médicaments provenaient d'une pharmacie dans 71 % des cas. Cela pourrait traduire l'accessibilité géographique des officines ; mais aussi l'accessibilité financière des médicaments notamment le paracétamol qui est en générique et moins cher que la spécialité (DOSSOU-YOVO J. *et al.*, 2001 ; PINSONNAULT N., 2003).

Dans notre étude, l'utilisation des antipyrétiques contre la fièvre était justifiée. Cependant une inadéquation des posologies pourrait facilement apparaître. Cela est d'autant plus probable que chez les enfants les posologies devraient être adaptées en fonction du poids. Cette inadéquation pourrait entraîner des échecs thérapeutiques .

Près du tiers des parents ont préféré un médicament traditionnel pour les premiers soins. Selon certains auteurs africains, la maladie est souvent considérée par les populations comme un sort maléfique à exorcisé entre autres par les incantations des marabouts, les breuvages à base de plantes ou le port de talismans (COULIBALY I. *et al.* ; DOPE KOUMOU R. *et al.*, 2009 ; KOUETA F. *et al.*, 2007 ; MBONDA N. M. *et al.*, 2008 ; MILLOGO A. *et al.*, 2003 ; OUENDO E. M. *et al.*, 2005).

Dans notre étude si certaines plantes (papayer, citronnier) ont des vertus médicinales, leur mode préparatoire par les mères (ébullition pendant plusieurs jours) ne permet pas de démontrer l'efficacité du produit final.

Dans notre étude, les produits traditionnels ont été procurés par les guérisseurs traditionnels dans 50 % des cas. Ces produits n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et leur utilisation concomitante avec les médicaments modernes ne fait qu'entretenir des doutes sur l'efficacité de l'automédication.

5. Conclusion

Devant les premiers symptômes de la maladie, les parents ont eu d'abord recours à une automédication dans 60,7 % des cas. Le CHUP CDG a été contacté en troisième recours.

Cette automédication était à base de produits pharmaceutiques notamment le paracétamol (69,8 %) ou de produits traditionnels (poudres ou plantes).

Si cette première étude nous permet d'évaluer la fréquence de l'automédication, d'autres études pourront rechercher les liens entre la nature des soins et l'épisode de maladie ; ou la perception culturelle des produits traditionnels utilisés chez l'enfant.

Références bibliographiques

- BAUME C., HELITZER D., KACHUR P. S.** Patterns of care for childhood malaria in Zambia. *Soc Sci Med* 2000; 5: 1491-503.
- DOZON J.P., SINDZINGRE N.** « pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine » in la santé dans le tiers-monde, cahier no XII, premier semestre 1986, édité par la coopérative d'édition de la vie mutualiste ; 43-52.
- HOUÉTO D., D'HOORE W., OUENDO E. M. et al.** Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins. *Santé publique* 2007; 5: 363-72.
- KOUÉTA F., DAO L., YÉ D. et al.** Facteurs de risque de décès au cours du paludisme grave chez l'enfant au Centre Hospitalier universitaire pédiatrique Charles de Gaulle de Ouagadougou (Burkina Faso). *Cahiers Santé* 2007 ; 1-9. .
- MILLOGO A., DIAGANA M., SIRANYAN S. A.** Itinéraire thérapeutique des patients épileptiques consultant dans le centre hospitalier de Bobo-Dioulasso. *Epilepsies* juillet 2003 ; volume 15, numéro 3 : 153-6. .
- SINDZINGRE N. A.** Tradition et biomédecine. *Sciences sociales et santé* 1985 ; volume III (numéro 3-4) : 9-26.
- BILA B., KOUANDA S., DESCLAUX A.** From economic difficulties to social suffering of people living with HIV in Burkina Faso .cahiers d 'études et de recherches francophones /santé 2008; Volume 18, number 4: 187-91.
- DESJEUX D.** Approche anthropologique des soins : la méthode des itinéraires thérapeutiques. *Revue internationale de pédiatrie* septembre-octobre 1997 ; numéro 280/281: 20-1
- DOSSOU-YOVO J., AMALAMAN K., CARNEVALE P.** Itinéraires et pratiques thérapeutiques antipaludiques chez les citadins de Bouaké, Cote D'Ivoire. *Med Trop* 2001; 61: 495-9.
- OUENDO E. M., MAKOUTODÉ M., PARAISO M. N. et al.** Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (pauvreté et soins de santé). *Tropical medicine and international health* 2005; 10: 179-86.
- RAVELOMANANA T., RAKOTOMAHEFA M., RANDRIANAIVO N. et al.** Education des mères et gravité de l'état des enfants présentés aux urgences de l'hôpital Joseph-Raseta-Befelatanana, Madagascar. Quelles implications ? *Soc Pathol Exot* 2010; 103 (2): 75-9.
- TEJ DELLAGI R., BEN SALAH F., BEN BRAHIM H. et al.** Le recours aux soins dans la région de Tunis. *Tunisie médicale* 2005; 83: 349-53.
- ABDOU RAOUF O., TCHOUA R. K., NDIINGA J. P. et al.** Les urgences pédiatriques au Centre Hospitalier de Libreville. *Méd Afr Noire* 2002; 49: 475-80.
- BOBOSSI-SERENGBE G., MBONGO-ZINDAMOYEN A. N., DIEMER H. et al.** Les nouveau-nés de faible poids de naissance à l'unité de néonatalogie du complexe pédiatrique de Bangui (RCA) : devenir immédiat et pronostic. *Med Afr Noire* 2000 ; 47(4) : 191-5.
- DARKAOUI N., DE BROUWERE V., ZAYYOUN A. et al.** L'utilisation d'un service hospitalier d'urgences pour les soins de première ligne (étude à l'hôpital d'Enfants de Rabat, Maroc). *Rev. Epidém. et santé publ* 1999; 47: 53-64.
- BAILLOT J., LUMINET B., DROUOT N. et al.** La réalité de l'accès aux soins des enfants migrants à Mayotte. *Bull Soc Patho Exot* 2012 ; 105 : 123-9.
- PINSONNAULT N.** L'éclatement géographique des itinéraires thérapeutiques : la perspective écologique est-elle en mesure d'y faire face. *Vertigo - la revue en sciences de l'environnement* mai 2003 ; Volume 4, numéro 1 : 1-7.
- COULIBALY I., KEITA B., KUPIE M.** Les déterminants du recours thérapeutique au Mali: entre facteurs socio-culturels, économiques et d'accessibilité géographique. *Démographie et cultures* 223- 40.
- DOPE KOUMOU R., MBOUSSOU M., MBUNGU F., MBADINGA S.** Prise en charge des malades mentaux à Libreville : les différents circuits thérapeutiques. *Med Afr Noire* 2009 ; 56 (11) : 573-9.
- MBONDA N. M., KUATE C., NGUEFACK S. et al.** Itinéraire thérapeutique des patients épileptiques à Yaoundé : A propos de 149 observations. *Clinics in mother and child health* novembre 2008 ; vol 5 (numéro 2): 893-8.

