

LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE DÉVELOPPEMENT

AGNÈS GUILLAUME ET KASSI N'GUESSAN

INTRODUCTION

La création du laboratoire de population dans la sous-préfecture de Sassandra depuis 1988 a permis d'analyser les interactions entre les transformations économiques et les changements démographiques. Plusieurs thèmes ont été plus spécialement étudiés : l'évolution du peuplement et les nouvelles formes de la mobilité spatiale, la transformation des modèles familiaux sous l'effet des nouvelles contraintes démographiques, économiques et sociales liées au développement de la région, l'évolution des stratégies économiques et des structures d'exploitation agricole, la santé de la reproduction et la fécondité... Les questions relatives à la santé ont été abordées à partir des niveaux et facteurs de la fécondité et de la mortalité infantile, des connaissances et comportements en matière de santé en diverses circonstances de la vie, des évaluations des différents systèmes de santé.

Lors des enquêtes, certains thèmes ont été spécifiquement approfondis tels les attitudes par rapport aux systèmes de santé (1989), les connaissances en matière de santé (1991), les comportements et idéaux en matière de fécondité (1991 et 1993), la mobilité spatiale (1991 et 1993), la différenciation socio-économique et l'adaptation des exploitations agricoles au nouveau contexte de crise (1993)... Autant d'éléments auxquels se sont ajoutés des enquêtes plus ponctuelles menées sur des sous-échantillons de la population afin d'affiner le contenu des informations obtenues.

Toutes ces informations nous ont permis de déceler un certain nombre de problèmes et de préoccupations des populations quant aux questions de santé, d'hygiène et d'accessibilité aux soins, d'accès à la terre et aux productions agricoles commerciales... qui ont donné lieu à la soumission de programmes d'intervention à différents bailleurs de fonds.

LES DIFFÉRENTS PROJETS D'INTERVENTION ÉLABORÉS

Quatre programmes d'intervention ont été ainsi élaborés et soumis à différents organismes : un projet soumis au Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) en 1990, deux projets à la Mission Française de Coopération et d'Action Culturelle (MCAC) en 1991 et 1992 et un projet soumis au Fonds des Nations Unies pour les Actions en matière de Population (FNUAP) en 1994.

Les conditions de vie et la santé des populations

Les projets d'interventions élaborés se sont basés sur les résultats des différentes enquêtes et plus particulièrement sur celle réalisée en 1989 à la demande de l'UNICEF. En effet, l'enquête financée par cette institution avait pour objectif de lui fournir des données approfondies sur la santé de la mère et de l'enfant et sur les transformations de la famille dans le contexte particulier de la région de Sassandra. Ces données étaient nécessaires à la mise en œuvre d'un programme d'intervention en faveur des femmes et des enfants. Il apparaissait en effet important à cet organisme de fonder de tels programmes sur une connaissance fine des réalités locales.

L'analyse du questionnaire sur les conditions de vie des ménages, a montré que le mode dominant de construction dans les villages est le banco (80 %) devant les constructions plus précaires en planche et tôle (12 %) ; à Sassandra par contre, l'habitat en dur (construction en brique) est plus répandu (54 % des constructions), mais une certaine précarité existe aussi avec 26 % des constructions réalisées en planche ou tôle (GUILLAUME et VIMARD, 1990).

L'approvisionnement en eau est également variable selon les zones d'habitat : dans les villages, il provient essentiellement des puits collectifs (59 %) ou individuels (15 %), de bornes fontaines (23 %), mais nombre d'entre elles ne fonctionnent plus. La généralisation du raccordement de la ville de Sassandra au réseau de la SODECI après 1990 a sans aucun doute modifié les conditions d'approvisionnement en eau par rapport à 1989 où seulement un quart de la population déclarait bénéficier de l'eau courante.

Si l'on considère les équipements sanitaires des habitations, on constate qu'ils ne sont pas très développés puisque, sur l'ensemble de la région, 40 % des habitations ne disposent pas de W-C et 18 % n'ont pas de douches (ces proportions étant de 65 et 28 % pour les villages). L'évacuation des eaux usées se fait le plus souvent dans la cour ou hors de la cour, et ces eaux stagnantes contribuent à la prolifération des maladies, notamment à travers le développement des anophèles, vecteur du paludisme.

Cette analyse des conditions de vie des ménages a montré la nécessité d'améliorer les conditions d'hygiène, en particulier dans les villages.

En outre, l'accès aux soins dans la région, deuxième objet de l'étude, n'est pas toujours aisé puisque les infrastructures sont peu nombreuses et que le département connaît de grandes zones de silence médical.

Selon les milieux, les conditions d'accouchement et de suivi prénatal et postnatal sont-elles très différentes. Plus de 90 % des accouchements se déroulent en structures hospitalières à Sassandra et dans le village de Bolo (doté d'un dispensaire et d'une maternité), mais cette proportion est seulement de 41 % dans les villages. L'importance du suivi prénatal est très variable selon le mode d'accouchement des femmes : ainsi celles qui ont accouché en structures médicales se sont en moyenne rendues à 3,9 consultations au lieu de 1,5 pour les autres, et 19 % des femmes n'ont bénéficié d'aucun suivi prénatal. Les motifs d'absence de fréquentation des centres, aussi bien au niveau prénatal que postnatal, sont principalement l'éloignement des centres et le coût des consultations mais les coutumes et l'activité des femmes, qui les rendent peu disponibles sont également mentionnées.

Ces faibles proportions de suivi médical, lors de l'accouchement comme durant la période postnatale, expliquent certainement les faibles taux de couverture vaccinale des enfants enquêtés⁽¹⁾, taux qui sont variables selon les vaccins. Ainsi seulement 43 % des enfants ont reçu le B.C.G. (ce vaccin étant rarement pratiqué dans les dispensaires), pour le DTCOQ-Polio la couverture est meilleure pour la première injection (93 %), mais elle diminue pour les deuxième et troisième injections (84 et 66 %), et elle est de 81 % pour le vaccin anti-rougeoleux. Il est à noter des difficultés de conservation des vaccins par les centres de santé dues au problème du maintien de la chaîne du froid.

Les déclarations des femmes sur les maladies contractées par leurs enfants recouvrent largement les principaux motifs de consultation dans les centres de santé puisqu'il s'agit des fièvres et corps chaud (correspondant le plus souvent au paludisme), des maux de ventre et diarrhées, des affections respiratoires. La faible fréquentation des centres de santé se retrouve lorsqu'il s'agit de les soigner, puisque les femmes adoptent différentes stratégies thérapeutiques variables et le recours aux soins de type biomédical n'est pas systématique. La moitié des femmes seulement ont, lors de l'enquête en 1989, déclaré avoir conduit les enfants dans de telles structures lors de leur dernière maladie, mais elles conjuguent également parfois cette démarche avec des soins traditionnels (consultation de thérapeutes ou soins dans la famille) ; dans un tiers des cas, seul le recours à la médecine traditionnelle est pratiqué.

1. Taux basés sur une étude auprès de 187 enfants.

Lorsque l'on s'intéresse à l'attitude préventive des femmes pour éviter que leurs enfants ne contractent la diarrhée, on constate leur faible prise de conscience de l'importance des conditions d'hygiène et de la qualité de la nourriture qui interfèrent sur l'état de santé des enfants. Les femmes n'apportent pas de soins particuliers à la préparation de repas conformes aux besoins des enfants puisque seulement 8 % des enfants bénéficient de repas spécifiquement préparés pour eux. Après l'allaitement maternel, ils reçoivent la même nourriture que les adultes : alimentation peu adaptée à leurs besoins en protéine et trop pimentée. Un nombre non négligeable d'enfants (18 %) souffre par ailleurs de malnutrition modérée ou grave.

Ces constatations montrent l'intérêt de développer des programmes de sensibilisation pour l'amélioration de l'hygiène (hygiène du milieu et de l'habitat), de l'alimentation des enfants, ... et des programmes de santé, tant au niveau préventif que curatif. Il importe aussi de rendre les soins plus accessibles par la formation du personnel et un meilleur accès aux médicaments, et d'améliorer les conditions d'hygiène (approvisionnement en eau, latrines...). Ces éléments d'analyse ont donc contribué à déterminer les axes d'intervention des différents programmes d'assistance.

Le projet soumis à l'UNICEF en 1990

Un premier projet intitulé « Action en faveur de la santé de la mère et de l'enfant dans le département de Sassandra » a été soumis à l'UNICEF en décembre 1990, suite à l'étude réalisée en 1989.

L'objectif général de ce projet était d'apporter un soutien au Secteur de Santé Rurale de Sassandra afin de permettre la réalisation d'un programme d'intervention pour l'amélioration des conditions de vie des populations et plus spécifiquement de la santé de la mère et de l'enfant. Trois objectifs essentiels étaient fixés à ce programme :

- améliorer le fonctionnement des structures sanitaires existantes, en leur fournissant des moyens de fonctionnement : matériel et médicaments ;
- rendre les soins plus accessibles : en développant les activités des antennes de soins mobiles, en instaurant des caisses à pharmacie villageoise, et par la formation d'agents de santé communautaire et d'accoucheuses traditionnelles ;
- améliorer le cadre de vie des populations : en facilitant l'approvisionnement en eau potable, en développant des programmes d'éducation sanitaire et d'hygiène auprès des populations, en apportant un soutien au Secteur de Santé Rurale de Sassandra pour permettre d'atteindre les priorités définies.

Ce programme, prévu sur une durée de deux ans, n'a malheureusement pas pu être réalisé, d'autres priorités d'intervention au niveau national ayant été définies entre temps par les autorités sanitaires et l'UNICEF.

Le projet soumis à la MCAC en 1991

Ce projet intitulé « Projet de construction de latrines et formation sanitaire dans les écoles, sous-préfecture de Sassandra » a été soumis à la MCAC en mai 1991. Il reprenait l'un des volets du précédent programme, celui relatif à l'amélioration du cadre de vie, en favorisant l'approvisionnement en eau potable et les conditions d'hygiène : évacuation des ordures ménagères et eaux usées, construction de douches et de latrines. En effet, il apparaît indispensable de sensibiliser les populations aux notions de santé et d'hygiène, pour les amener à modifier certains de leurs comportements et à améliorer leur environnement quotidien. Pour avoir un impact certain, cette sensibilisation doit concerner l'ensemble de la population, hommes, femmes et enfants. Les enfants ont en effet un rôle à jouer dans l'amélioration du cadre de vie et de la santé puisqu'ils assurent de nombreuses tâches ménagères : corvée d'eau, nettoyage de la cour... et sont souvent responsables de la surveillance et de la toilette de leurs cadets. Il est donc indispensable de les sensibiliser, dès leur plus jeune âge, aux notions d'hygiène et de santé. C'est pour ces raisons que ce projet a été proposé.

L'objectif du projet était, d'une part, d'assurer aux enfants des écoles une formation et une sensibilisation aux problèmes d'hygiène et de santé, et d'autre part, d'améliorer leur cadre de vie en créant des latrines à proximité des écoles.

Ce projet devait être mené dans quatre sites de la sous-préfecture de Sassandra qui ont fait l'objet des différentes enquêtes et à partir desquels ont été définies certaines priorités d'intervention.

Les sites ont été choisis en fonction de :

- l'absence d'infrastructures sanitaires existantes (centre de santé, latrines...);
- des effectifs scolaires concernés dans les différentes écoles ;
- de la possibilité d'une participation communautaire des villages en particulier de la part des comités de santé.

Ce programme n'a pas pu être réalisé pour des raisons budgétaires.

Le projet soumis à la MCAC en 1992

Un nouveau projet intitulé « Projet pour l'amélioration de la santé et de l'hygiène dans la sous-préfecture de Sassandra » a été soumis en décembre 1992, cette demande a été réitérée en mars 1993 et a fait l'objet d'un accord entre la Mission Française de Coopération et le Secteur de Santé Rurale de Sassandra en juin 1993. Ce projet est actuellement en cours de réalisation. Il est en fait une synthèse des deux programmes soumis précédemment à la Mission Française de Coopération et à l'UNICEF, dont il reprend les principales activités.

Objectifs du projet

Ce projet a pour objectif d'apporter un soutien au Secteur de Santé Rurale de Sassandra par la réalisation d'un programme d'intervention pour l'amélioration du bien-être des populations.

Cette intervention est ciblée sur quelques villages de la sous-préfecture de Sassandra qui ont fait l'objet des enquêtes et pour lesquels des données sont disponibles, mais pourra servir de cadre de référence pour d'autres programmes d'assistance dans cette région et dans d'autres régions de Côte-d'Ivoire.

Il s'oriente autour de trois objectifs :

- rendre les possibilités de soins plus accessibles : en instaurant des caisses à pharmacie villageoise, et par la formation d'agents de santé communautaire ;
- améliorer le cadre de vie des populations : en facilitant l'approvisionnement en eau potable, en améliorant l'hygiène par la construction de latrines dans les écoles, en développant des programmes d'éducation sanitaire et d'hygiène auprès des populations, en particulier des enfants ;
- apporter un soutien au Secteur de Santé Rurale de Sassandra pour permettre d'atteindre les priorités définies.

Ce programme a été prévu sur une durée de 2 ans, à compter du mois de juillet 1993, mais ce calendrier a subi des modifications du fait du déblocage échelonné des crédits.

Activités du projet

Deux types d'activités sont en cours : une assistance matérielle d'une part et des activités de formation et de sensibilisation d'autre part.

L'assistance matérielle consiste essentiellement en une allocation budgétaire pour la création de caisses à pharmacies villageoises, la prospection et

l'installation ou la réparation de pompes villageoises afin d'améliorer les conditions d'approvisionnement en eau de certains villages, la construction de latrines dans les écoles.

Les activités de formation et de sensibilisation concernent l'ensemble de la population, mais également des agents de santé communautaire et des matrones. En effet, pour améliorer la santé, il ne suffit pas de créer des structures sanitaires mais il faut également sensibiliser les populations aux facteurs susceptibles d'influer sur la santé : l'environnement et l'hygiène du milieu. Des séances d'éducation sanitaire vont être organisées dans les villages pour sensibiliser les populations à certains problèmes :

- l'utilisation des latrines : en particulier par une formation des élèves et instituteurs des villages où elles seront construites,
- l'évacuation des déchets et ordures ménagères,
- la qualité de l'eau : approvisionnement, stockage, évacuation des eaux usées,
- l'hygiène, en particulier pour les soins aux enfants, et pour la conservation des aliments.
- les problèmes de santé spécifiques tels la diarrhée, le paludisme, la vaccination et le sida.

Pour rendre les soins plus accessibles, il est également prévu de former, au sein des villages et surtout dans les zones excentrées, des agents de santé communautaire (ASC). Ils seront des personnes-ressources indispensables pour la mobilisation sociale dans les villages afin d'améliorer les conditions de vie, de soins et éviter ainsi de longs et coûteux déplacements vers les centres de santé.

La formation d'agents de santé communautaire est primordiale car ces personnes peuvent assurer les premiers soins, distribuer des médicaments, et donner des conseils de prévention pour éviter les maladies graves. Ils seront également chargés de l'entretien des pompes et des puits villageois et de participer au projet de construction des latrines.

La présence des agents de santé communautaire amènera les populations à se prendre davantage en charge au niveau de la santé et évitera le recours systématique aux thérapies familiales et traditionnelles qui souvent restent le seul recours possible et dont l'efficacité laisse parfois à désirer.

Ce projet concerne l'ensemble du Département de Sassandra couvert par le Secteur de Santé Rurale. Une certaine priorité dans les interventions a été accordée aux villages suivants : Bassa, Beyo, Bolo, Gboville, Groprou (PK 20), Sahoua, Sago, Siapao dans la mesure où, d'une part leur observation a permis de définir les recommandations et priorités qui sont à la base de ce projet, et

d'autre part où une évaluation fiable des actions engagées sur la base des observations déjà réalisées peut être menée.

Ces villages ont en plus l'avantage de présenter une grande diversité :

- au niveau de l'accès aux soins (dispensaires publics ou privés, absence totale de structures sanitaires, présence / absence de dépôts de pharmacie...);
- des conditions d'approvisionnement en eau (puits ou alimentation par pompe), et d'hygiène (absence de latrines...)(2);
- des effectifs scolaires concernés dans les différentes écoles,
- des caractéristiques socio-démographiques des communautés en présence, pour lesquelles des données socio-démographiques fines existent.

Le Médecin Chef du Secteur de Santé Rurale de Sassandra assure la supervision et le suivi du projet. Une évaluation de ce programme est prévue et sera réalisée par les différents partenaires impliqués dans le projet (MCAC, Secteur de Santé Rurale, Direction de la Santé, équipe de recherche ENSEA-Orstom).

État d'avancement des travaux et premier bilan⁽³⁾

Ce projet a débuté en juillet 1993 ; initialement prévu pour 2 ans, sa durée devra être prolongée. En effet, le calendrier des activités a subi des modifications par rapport au schéma initial pour diverses raisons liées notamment au problème de déblocage des crédits parfois tardif et à une augmentation de certains coûts liés à la dévaluation du franc CFA.

- *bilan des activités de formation et des programmes d'éducation sanitaire :*

Des réunions de sensibilisation ont été organisées dans différents villages et des comités de santé ont été créés à Beyo, Sago, Groprou, Siapao, Pauly-Carrefour, Yao Kouakoukro, Jacquerville, Inahiri, Pauly-Brousse, Gboville et Sahoua.

Afin de procéder à la formation des matrones et des agents de santé communautaire, un séminaire de recyclage des infirmières et sages-femmes a été organisé à la Base du Secteur de Santé Rurale de Sassandra sous la direction du Directeur Régional de la Santé. Ce séminaire était axé essentiellement sur le processus de formation et le diagnostic communautaire.

2. Pour les caractéristiques des unités de peuplement concernées, on pourra se reporter aux tableaux 1 et 2 en annexe.
3. Bilan établi en mai 1995.

La formation des matrones et des agents de santé communautaire a été faite, soit dans les centres de santé de leur village (pour les zones où des centres existaient), soit à la Base du Secteur de Santé Rurale. Cette formation avait pour objectif de rendre ces personnes capables :

- d'expliquer aux villageois les mesures à observer pour la lutte contre l'insalubrité publique ;
- de montrer le mode de préparation de la solution de réhydratation orale pour lutter contre les maladies diarrhéiques ;
- de citer les maladies contre lesquelles les enfants doivent être vaccinés, et d'expliquer le calendrier des vaccinations ;
- d'enseigner aux villageois les modes de protection des puits ;
- d'expliquer aux femmes enceintes l'importance des consultations prénatales et les précautions à prendre pendant la grossesse ;
- d'animer les caisses à pharmacie villageoise.

Le choix des agents de santé communautaire a été fait par les comités de santé villageois : les critères de choix pour ces hommes étaient qu'ils soient lettrés et qu'ils aient des plantations au village. Pour les matrones, en plus de ces deux caractéristiques, les femmes devaient avoir l'expérience des accouchements traditionnels, exercer cette profession dans les villages et être de préférence jeunes et mariées.

Cette formation s'est déroulée de juillet 1993 à mars 1994, à raison de deux séances d'une semaine, et a concerné les villages de Sago, Groprou, Siapao, Jacquville, Yao Kouakoukro, Pauly-Carrefour et Lohiri Neyo à raison de deux agents de santé communautaire et de deux matrones par village. Elle a été axée sur le diagnostic communautaire, l'hygiène du milieu (habitation, eau, aliment, ordures ménagères), la vaccination (maladie cible, personne cible, calendrier des vaccinations, réactions vaccinales), la lutte contre les maladies diarrhéiques (causes des diarrhées, prise en charge à domicile des enfants souffrant de cette maladie, utilisation de la solution de réhydratation orale et prévention contre ces maladies), et le sida (cause et prévention).

À Sahoua, le recyclage des matrones et des ASC a été fait en septembre 1994. Il n'y a pas eu d'agent de santé communautaire formé à Bassa à cause de la proximité du centre de santé de Drewin. A Beyo, il n'a pas été encore possible de trouver des volontaires pour suivre la formation des matrones et agents de santé communautaire.

- *la création de caisses à pharmacies villageoises :*

La création de caisses à pharmacies villageoises a été décidée afin d'aider à donner les premiers soins aux populations ; ces caisses sont gérées par les

agents de santé communautaire. Elles ont été créées à Groprou, Siapao, Jacquville, Yao Kouakoukro, Pauly-Carrefour, Pauly Broussé et Lohiri Neyo et fonctionnent dans tous ces villages.

L'approvisionnement de ces caisses est assuré par la Base du Secteur de Santé Rurale à Sassandra avec les médicaments de la Pharmacie Centrale d'Abidjan. Les villageois participent à l'achat des médicaments afin de pouvoir assurer le renouvellement du stock.

– *la construction des latrines :*

La construction des latrines a été prévue sur trois sites : deux à proximité des écoles primaires à Sahoua et Beyo, et une à côté du dispensaire de Sago. Les lieux de construction ont été choisis lors d'une réunion avec les instituteurs et le comité des parents d'élèves. La participation des villageois a été sollicitée pour amener des matériaux pour la construction (sable, graviers...). Les travaux de construction à Sahoua et Beyo sont terminés.

À Sago, cette construction à proximité du centre de santé sera réalisée au cours du deuxième semestre 1995.

– *les activités de soin et de prévention :*

Ce projet permet un renforcement des activités de soins et de prévention de la base du Secteur de Santé Rurale, centré autour de l'amélioration de la couverture vaccinale et de l'éducation pour la santé.

L'objectif par rapport à la vaccination est d'obtenir un taux de couverture vaccinale de 80 % pour les enfants de 0 à 11 mois ainsi que pour les femmes en âge de procréer. Cet objectif est atteint pour le vaccin contre la rougeole ainsi que pour le DTCOQ-Polio mais seulement pour la première injection, et elle reste très nettement insuffisante pour les deuxième et troisième vaccinations (57 et 43 %).

Ces problèmes relatifs aux vaccinations s'expliquent par les difficultés à maintenir la chaîne du froid (panne des réfrigérateurs et manque de personnel qualifié pour leur réparation), les ruptures d'approvisionnement en matériel d'injection, les difficultés de déplacement du personnel médical et leur insuffisance numérique, qui restreignent leurs capacités pour atteindre les populations particulièrement mobiles et dispersées dans cette zone.

Des séances de sensibilisation en matière de santé ont été organisées : ces activités d'IEC (Information, Éducation, Communication) ont concerné la plupart des villages : 1 757 séances ont été organisées sur toute l'étendue du Secteur de Santé Rurale qui regroupe les départements de Soubré et Sassandra. Ces séances qui se sont déroulées entre juillet 1993 et mars 1994 ont touché une population d'environ 21 000 participants.

Le volet sur Sassandra financé par le FNUAP est mené en collaboration avec différentes directions du ministère de la Santé et le Secteur de Santé Rurale de Sassandra.

Plusieurs raisons ont présidé à la décision de l'implantation d'un programme de planification familiale à Sassandra.

Tout d'abord le contexte général en Côte-d'Ivoire, qui se révèle aujourd'hui favorable à de tels programmes. En effet, avec l'adoption, en 1991, d'une politique visant à une maîtrise de la croissance démographique du pays, la mise en place de programmes de planification familiale s'intensifie dans différentes zones. L'offre, encore limitée de planification familiale se conjugue, d'une part, avec l'évolution des idéaux de fécondité, liée notamment à la diffusion de la scolarisation et à l'insertion dans des activités modernes, et, d'autre part, avec les effets de la crise économique, qui rendent plus difficile l'élevage d'une nombreuse descendance, pour créer une certaine demande de planification, implicite souvent ou plus explicite quelquefois. De plus, l'aspiration des populations à une amélioration de leur état de santé augmente l'intérêt des couples pour la planification familiale qui conduit à une réduction des risques de morbidité et de mortalité des mères et des enfants, par la diminution des avortements et des grossesses à risque.

Le contexte de la région de Sassandra justifie également la mise en place d'un tel programme. La fécondité se maintient à un niveau élevé (8,4 enfants). Son niveau varie fortement entre les groupes socio-économiques. Par exemple, l'indice synthétique de fécondité des hommes chefs de ménage mariés de moins de 70 ans est deux fois plus intense chez les agriculteurs étrangers (14,4 enfants) que chez les actifs ivoiriens des secteurs secondaire et tertiaire (7,04 enfants). Les autres groupes se situent à des niveaux intermédiaires : relativement élevé chez les actifs étrangers des secteurs secondaire et tertiaire et les agriculteurs ivoiriens (un peu plus de 12 enfants) et plus faible chez les salariés agricoles avec 8,26 enfants. La différence de fécondité est autant liée à la nationalité qu'à la sphère d'activité : les agriculteurs sont plus féconds que les actifs des secteurs secondaire et tertiaire.

Les attitudes et comportements de ces différents groupes vis-à-vis de la fécondité sont également divergents. L'utilisation des méthodes contraceptives reste actuellement limitée : en 1991, seulement 11 % des hommes chefs de ménage et 8 % des femmes utilisent des moyens de contraception. Le taux d'utilisation chez les hommes diffère fortement selon le groupe socio-économique : il est plus important chez les actifs ivoiriens des secteurs secondaire et tertiaire et les salariés agricoles. En revanche, l'utilisation de méthodes contraceptives est faible chez les agriculteurs qu'ils soient ivoiriens (8 %) ou encore plus étrangers (2 %). La demande d'information sur la contraception

n'est pas systématique, mais elle touche cependant 41 % des hommes chefs de ménage et 26 % des femmes.

Les attitudes relatives à la fécondité sont elles aussi très variées : ainsi, si les agriculteurs indépendants conservent des attitudes pronatalistes, les salariés agricoles aspirent, par contre, à des descendance plus restreintes (souhaitant entre 2 et 4 enfants de moins).

Le développement d'un volet sur la prévention des MST et du sida répond à la nécessité de mieux informer la population et de les aider à se prémunir contre ces maladies. Lors de l'enquête réalisée en 1991, les femmes ont été interrogées sur leur connaissance du sida, des modes de transmission et des modes de prévention. Cette étude a révélé dans l'ensemble une mauvaise connaissance relative à cette maladie. Ainsi cette connaissance n'excède pas 49 % pour l'ensemble des femmes, les jeunes femmes étant dans l'ensemble mieux informées. De grandes disparités dans les niveaux de connaissance apparaissent selon les lieux d'enquête qui montrent la nécessité d'une large couverture par les programmes d'interventions. Les sources d'information sur cette maladie sont essentiellement les médias (47 % des réponses) et le corps médical (37 %), la famille et les amis jouant le rôle d'informateur dans seulement 13 % des cas. Il est intéressant de constater que les sources d'information déclarées varient beaucoup selon les villages et pas forcément dans le sens attendu. Ainsi la présence d'une structure de soins dans un village n'implique pas systématiquement l'obtention des informations par cette source, excepté dans le cas du village de Bolo. Aussi dans le village de Sahoua qui est situé dans une zone de relatif silence médical, près de deux-tiers des femmes ont déclaré avoir reçu des informations sur cette maladie via le corps médical, ce qui illustre le rôle des antennes de santé mobiles qui circulent dans la région. Connaître l'existence de cette maladie ne signifie pas pour autant avoir des informations fiables à son sujet, ainsi plus de 58 % des femmes ignorent tout des modes de transmission de cette maladie et 59 % ne savent pas par quels moyens s'en prémunir (21 % seulement citent le préservatif comme mode de prévention).

Ces quelques résultats succinctement présentés ⁽⁴⁾ montrent l'émergence d'un désir d'une maîtrise de la fécondité chez certaines populations, contrarié par un accès des plus limités pour ne pas dire inexistant aux méthodes contraceptives et préventives tant au niveau de l'information que de l'accessibilité. Ces résultats révèlent également la nécessité de développer des interventions de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles, maladies qui demeurent méconnues.

4. Pour plus de détails, voir : KOFFI N. *et al.*, 1993.

La mise en place de ce projet à Sassandra va reposer sur les infrastructures sanitaires existantes. Il sera implanté dans six centres de la sous-préfecture de Sassandra : la base du Secteur de Santé Rurale et la maternité à Sassandra, les centres de santé et dispensaires de Sago, Grand-Drewin, Niégroboué et Bolo. Ces différents centres présentent plusieurs avantages :

- à la fois une couverture des milieux urbain et rural ;
- une diversité des personnels impliqués : infirmier, sages-femmes et matrones ;
- une diversité des caractéristiques socio-démographiques des populations qui fréquentent ces différents centres et une proximité par rapport aux zones d'enquête. Cette proximité est importante puisqu'elle facilitera l'évaluation des programmes mis en place.

L'implantation de ce programme devrait intervenir dans le premier semestre de l'année 1995 dans les différents centres de santé.

Le suivi et l'évaluation du programme seront réalisés par des enquêtes auprès des populations concernées, mais également par un suivi du fichier des consultants de ces centres, ainsi que par des entretiens auprès des prestataires dans les différents centres de santé.

Les actions en matière de développement agricole

Dans le domaine économique et celui du développement agricole en particulier, les recherches entreprises sont encore loin d'avoir débouché sur la formulation et à fortiori la réalisation de projets. Néanmoins une collaboration, parfois étroite a été entreprise avec certaines institutions en charge du développement local : COCI-COOPAGRUM, dans la zone de Gaoulou - Pauly-Brousse, la SODEFOR dans l'enclave de Baléko Niégré et Palmindustrie dans le secteur de Sago Gnago. À la demande de ces institutions (COCI, SODEFOR) ou avec leur appui intéressé, des études ponctuelles ont été réalisées⁽⁵⁾, dans le domaine agro-économique, qui visaient à leur fournir une base de connaissance (typologie des producteurs) quant à la structure des exploitations agricoles, aux stratégies des agriculteurs et autres acteurs (commerçants, manœuvres, etc.), à leur potentiel (en terme de foncier disponible, de main-d'œuvre, et de capital mobilisable, de maîtrise technique et d'organisation sociale, etc.) et un outil d'intervention dans la définition et la mise en œuvre de projets de développement. Les diverses études contiennent en effet un volet de recommandations et une analyse critique des actions entreprises par ces institutions.

5. Voir IBO et LÉONARD (1992), LÉONARD (1993), CALAS, (1994), BOCQUET, (1994).

EN GUISE DE CONCLUSION

Les différentes enquêtes réalisées ont permis de collecter un nombre important de données très utiles pour définir des programmes d'intervention. Il est en effet important pour la définition de tels projets de se baser sur une connaissance fine des réalités de terrain et des besoins des populations afin de mieux cibler les interventions à entreprendre. Certaines interventions pourront ensuite être transposées dans d'autres zones proches au niveau de leurs caractéristiques socio-économiques et démographiques. Aussi importe-t-il au cours et à l'issue des projets entrepris de dresser un bilan des interventions pour les réorienter et définir éventuellement de nouvelles priorités.

BIBLIOGRAPHIE

- BOCQUET (O.), 1994. Histoire et situation actuelle de l'arrière pays de Sassandra, Mémoire de DEA, INA-PG et IEDES Paris et CNEARC Montpellier, décembre 1994, 49 p. + annexes 20 p.
- CALAS (J.), 1994. Situation du système agraire de l'arrière pays de Sassandra, Mémoire pour l'obtention du diplôme d'ingénieur agronome, de l'INAN-PG, septembre 1994, 74 p. + annexes 136 p.
- GUILLAUME (A.) et VIMARD (P.), 1990. « Santé maternelle et infantile et dynamique familiale dans le Sud-Ouest de la Côte-d'Ivoire », UNICEF-ENSEA-ORSTOM, Abidjan, *Études et recherches*, n° 20, 110 p.
- IBO (G. J.) et LÉONARD (É.), 1992. *Colonisation agricole et gestion de l'espace agro-forestier : une proposition de réhabilitation de la forêt classée de la Niégré*, ORSTOM-SODEFOR, Abidjan, novembre 1992, 15 p. + annexes.
- KOFFI (N.), VIMARD (P.) et GUILLAUME (A.), 1993. Demande de planification familiale et pratique contraceptive dans l'Ouest ivoirien, *Communication à la Conférence de l'UEPA « la reproduction et la santé familiale en Afrique »* (Abidjan, 8-13 novembre 1993), UEPA, 1993 : 43-69.
- LÉONARD (É.), 1993. Différenciation et reproduction des exploitations agricoles dans le Sud-Ouest ivoirien : une typologie des systèmes de production, ORSTOM-GIDIS-CI, Abidjan, 1993, 89 p. miméo.

Tableau annexe 1.
Localisation des centres de santé à proximité des villages enquêtés
et mode d'approvisionnement en eau.

	Centre de santé le plus proche	Distance	Approvisionnement en eau
Sassandra ville	Hôpital Secteur de Santé Rurale	4 km	Eau courante ou puits selon les quartiers
Bassa	Drewin : dispensaire privé de l'IRHO	2 km	Une fontaine approvisionnée par l'IRHO, rupture d'approvisionnement fréquente
Beyo	Centre de Santé de Niapidou : dispensaire + maternité : une matrone et un infirmier Actuellement fréquentation du dispensaire privé de Bolo	3 km 2 km	Une pompe et des puits
Bolo	Bolo : dispensaire privé de la SODEPALM : infirmier + matrone		Des pompes
Gboville	Safa-Manois : dispensaire : un infirmier + une matrone	3 km	Une pompe + des puits
Groprou	Sassandra	20 km	Une pompe en panne + des puits
Sago	Centre de santé de Sago : dispensaire + maternité, un infirmier + une sage-femme.	1 km	Une pompe + deux pompes en panne + des puits
Sahoua	Sassandra	30 km	2 pompes + des puits
Siapao	Sassandra	6 km	Des puits

