

RESUME

L'étude de la mortalité en Afrique n'a pas été une tâche aisée

④ E1  
B 26874

Tableau n° 2 : Quotients de mortalité (p. 1000). EPR 1978-79

	ABIDJAN	AUTRES VILLES	MILIEU RURAL
1q0	70	127	121
4q1	117	189	182

L'influence du milieu sur le phénomène se manifeste à travers des états morbides dont les fréquences d'apparition ont

La période sèche couvre approximativement les mois de décembre à février. Elle correspond à la période de la traite c'est-à-dire de récolte et de vente des produits agricoles d'exportation (café et cacao):

Le Sud-Est était initialement le domaine de la forêt, mais cette végétation s'est progressivement dégradée à la suite des défrichements provoqués par la pratique d'une agriculture fondée sur les cultures arbustives : caféier, cacaoyer, palmier à huile. La dégradation de la végétation est une des causes de la modification du calendrier des saisons. Elle a occasionné la transformation de l'économie de la région qui s'est tournée vers l'agriculture commerciale fondée sur les plantations villageoises.

et d'une maternité, il fonctionne avec un personnel très réduit, l'ensemble est placé sous la responsabilité d'un infirmier d'Etat. Même si le réseau routier actuel est en voie d'amélioration en vue de relier tous les villages au chef-lieu, il subsiste deux handicaps :

- la population dispose de peu de moyens pour faire face aux dépenses relatives aux frais de transport dans cette région peu intégrée à l'économie monétaire;

- l'absence de moyens de transport inter-villages.

Ces difficultés font du centre de santé, un lieu fréquenté en majorité par les citadins et les habitants des villages très proches.

## 1.2. SOURCES ET CRITIQUES DES DONNEES DISPONIBLES

Les données disponibles reposent d'une part sur des enquêtes qualitatives et quantitatives auprès de la population, plus particulièrement des femmes en âge fécond, et d'autre part sur des statistiques sanitaires issues des centres de santé.

### 1.2.1. Les enquêtes auprès de la population

La région de Memni-Montezo, dans le cadre d'un observatoire permanent de population a fait l'objet de plusieurs enquêtes exhaustives entre 1983 et 1986 :

. un recensement en 1983 et 1985,

. une enquête en 1985 auprès des femmes en âge fécond : une première retrace l'histoire génésique de ces femmes (les données ont été collectées en couplant les données de l'Etat Civil aux données de l'enquête), une deuxième concerne le devenir des deux dernières naissances.

. en 1986, une enquête migration, et une sur le thème de la santé maternelle et infantile, dont l'objectif était d'étudier le comportement thérapeutique des femmes à différentes périodes de leur vie féconde et pour soigner leurs enfants.

Les données disponibles pour la région de Brobo sont beaucoup plus succinctes tant au niveau de la quantité que de la

affections respiratoires... très liée aux variations saisonnières, sera variable selon la date de l'opération.

### 1.2.2. Les statistiques sanitaires

Les formations sanitaires collectent mensuellement un certain nombre de statistiques concernant leurs activités (nombre de consultants et consultations, principales pathologies selon l'âge...), statistiques qui sont centralisées par l'Institut National de Santé Publique.

Ces statistiques présentent un certain nombre de lacunes : l'impossibilité de connaître le rayonnement exact des centres de santé puisque l'origine géographique des consultants n'est pas enregistrée et de mesurer l'incidence et la prévalence des maladies au sein de la population par méconnaissance de la population de référence. L'absence d'une pathologie dans les états morbides recensés par le dispensaire ne signifiera pas forcément son inexistence mais simplement que pour cette catégorie de maladie, la requête thérapeutique ne se fait pas auprès du dispensaire. En effet pour certain type de maladie, avant de tenter de résorber les manifestations cliniques, il faudra expliquer les causes de son apparition : explication qui nécessitera la consultation d'un devin, prophète... Une fois cette causalité établie, on consultera l'instance capable de guérir les symptômes cliniques de la maladie : tradipraticien ou structure de soin biomédicale.

La classification des états morbides est faite selon une nosologie établie par l'Organisation Mondiale de la Santé qui distingue 128 rubriques. L'avantage d'une telle classification homogène est de permettre des comparaisons sur une longue période et dans des zones géographiques différentes de l'évolution des pathologies, mais ne tient pas compte des réalités locales. En effet, le classement de certains états morbides n'est pas toujours très facile surtout pour des centres de santé où le diagnostic ne repose que sur examen clinique sans aucun examen biologique pour l'étayer. D'autre part le niveau de qualification du personnel des centres est très inégal.

préfecture se situe à 26 kms à l'est de Bouaké (2ème grande ville du pays) sur un axe bitumé reliant cette ville à MBahiakro ville d'importance secondaire. La localisation des villages par rapport à la grande agglomération est profitable à la population au plan des échanges commerciaux, culturels.

palier les insuffisances des structures de type moderne inexistantes ou inaccessibles (éloignement géographique ou contrainte matérielle), ou par choix délibéré, par méfiance à l'égard de ces structures déclarées inaptes à soigner certaines maladies. Ce secteur regroupe un ensemble de guérisseurs, de devins

confirme si l'on considère le lieu de consultation à Brobo : 62% déclarent avoir recouru à la médecine moderne pour soigner leur enfant alors que seulement 56% ont consulté une formation sanitaire. Une partie de ces recours à la médecine moderne consiste en l'automédication familiale.

Tableau n° 4: Recours thérapeutiques pratiqués en pays akyé (%)

	Type de médecine		
	traditionnelle seule	moderne seule	traditionnelle et moderne
Enfant de moins 1 an	8	53	28
- fille	9	59	32
- garçon	8	60	32
Enfant de 1 à 4 ans	5	80	15
- fille	11	63	26
- garçon	5	72	23

Les divergences de comportement dans les deux régions s'expliquent en grande partie par l'ancienneté du dispensaire à Memni: en service depuis de nombreuses années, sa fréquentation est devenue habituelle. Les femmes y accouchent massivement (95%), et n'hésitent pas ensuite à amener leurs enfants en consultation au dispensaire ou à la PMI. La couverture vaccinale des enfants est très bonne. Malgré cela, les pratiques traditionnelles demeurent pour tout un registre de maladie.

### 11.2. LES CAUSES DE MORBIDITE

Pour chaque maladie les femmes ne consultent pas systématiquement une instance thérapeutique ; aussi pour décrire les maladies de leurs enfants, les femmes énumèrent-elles le plus souvent un ensemble de symptômes et parfois le terme en langue vernaculaire correspondant à cette affection.

Excepté pour un certain type de maladies identifiables selon les symptômes perçus, telles les diarrhées, l'établissement d'une classification des différentes pathologies et leur correspondance en terme de biomédecine n'est pas toujours évidente (Bonnet 1987).

Les affections les plus fréquemment citées par les femmes sont les diarrhées, les affections respiratoires, les maux de tête, et les fièvres seules ou associées à d'autres symptômes tels les maux de tête, les vomissements... Les fièvres et maux de tête correspondent souvent à la définition d'un accès palustre. Ces résultats sont comparables à ceux de l'enquête morbidité chez les Peuls du Seno-Mango (Hilderbrand, 1985), où l'on constate que ces mêmes états morbides sont présents toute l'année avec des fréquences variables selon les saisons.

A Brobo, les enfants souffrent essentiellement de diarrhées (25%), de fièvres et de maux de tête (tableau n°5). En pays akyé, le même profil de morbidité se dessine avec des intensités différentes selon le type de maladie et l'âge de

l'enfant : le calendrier de l'enquête (avril) peut expliquer une partie de ces divergences.

Tableau n° 5: Principales causes de morbidité à Brobo et Memni-Montezo (%)

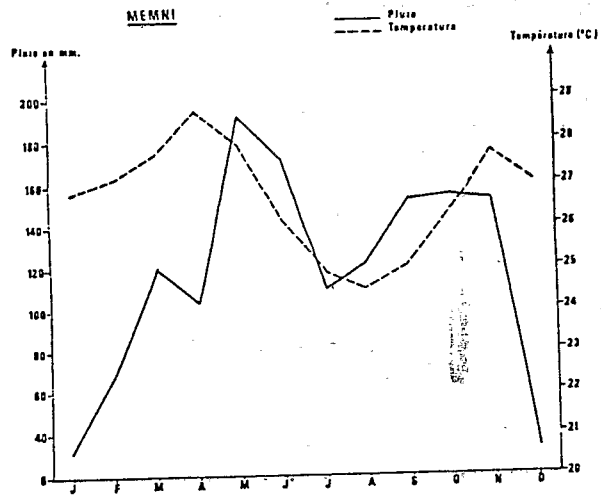
Causes de morbidité	Brobo	Memni Montezo	
	enfant de moins d'1 an	enfant de moins d'1 an	enfant de 1 à 4 ans
Diarrhée	25	19	27
Affections respiratoires	13	21	12
Maux de tête	17	11	5
Fièvre + maux de tête	5	6	5
Fièvre seule ou associée autres symptômes	15	13	35
Autre	25	30	16

Les diarrhées connaissent des fréquences très supérieures chez les enfants de un à quatre ans, certainement liées aux problèmes de sevrage. Les fièvres seules ou associées à d'autres symptômes constituent une cause importante chez ces enfants (40%) : les femmes invoquent souvent dans ces cas la maladie "Chilo" (29% chez les enfants de 1-4 ans et 13% chez ceux de moins d'un an) qui semble correspondre au paludisme. La cause justifiant son apparition est le plus souvent le soleil. Pour les enfants en très bas âge, les symptômes flous dominent.

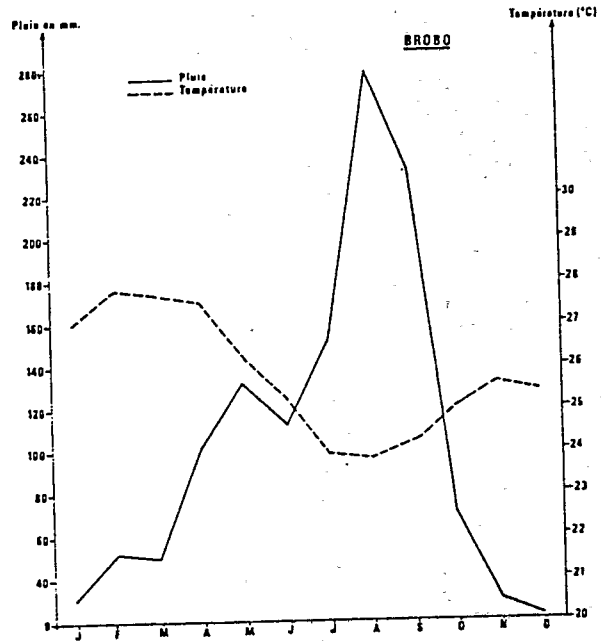
Ce type d'enquête rétrospective sur les dernières maladies contractées, sans période de référence précise, ne permet pas d'établir la liaison avec les influences climatiques. Il est intéressant de constater que dans une région aussi différente d'un point de vue écologique qu'est celle des Peuls du Mali les mêmes pathologies apparaissent.

### 11.3. LA SAISONNALITE DES MALADIES

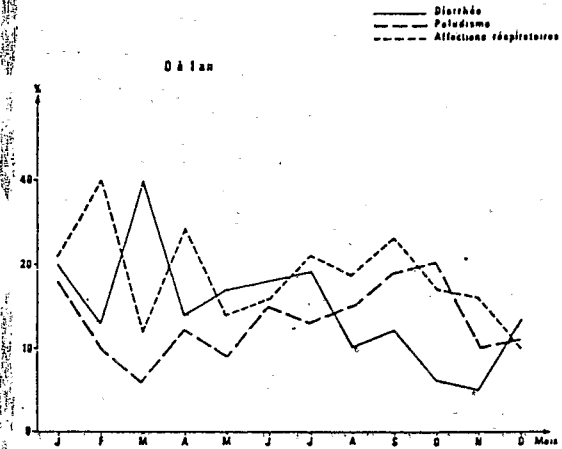
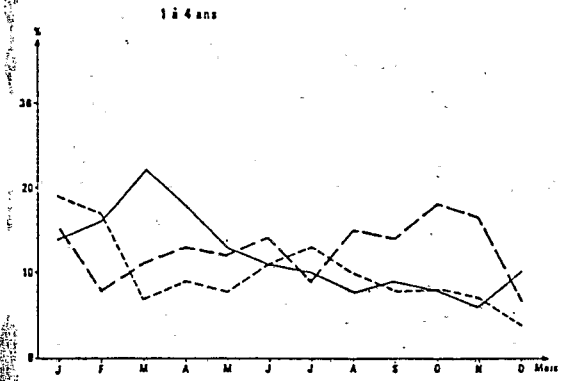
Les saisons impriment leur rythme à la vie des populations, surtout en zone rurale où l'activité économique, essentiellement agricole, est modulée selon les cycles saisonniers. Le calendrier agricole tracé par les contraintes climatiques impose aux individus des temps de travail variables selon les saisons (travaux de plantation, de récolte...), qui auront des incidences sur l'état de santé des individus amenés à produire d'importants efforts physiques et disposant souvent dans ces périodes de peu de temps pour se soigner, les mois consacrés aux travaux agricoles sont ceux où les dispensaires sont les moins sollicités. Les variations saisonnières influent également sur la production vivrière et donc sur l'état nutritionnel des populations bien qu'avec le développement de l'économie marchande les problèmes d'approvisionnement en produits vivriers soient atténués dans de nombreuses régions.



DONNÉES CLIMATIQUES (PÉRIODE 1985-87 A MEMNI ET BROBO)



FREQUENCE MENSUELLE DES ETATS MORBIDES EN %  
CHEZ LES ENFANTS DE 0 AN ET 1 A 4 ANS  
DISPENSARE DE BROBO (PERIODE 1985-87)



Notre étude repose sur la fréquence des états morbides enregistrés mensuellement dans les dispensaires sur une période de trois ans (de janvier 1985 à décembre 1987) pour les enfants de moins de cinq ans. Nous avons choisi de centrer notre analyse sur les variations saisonnières de trois états morbides : le paludisme, les affections diarrhéiques et les maladies respiratoires (bronchites, toux, rhume, grippe) qui constituent les principales causes de mortalité infantile-juvénile. Le ren-

Les aléas climatiques favorisent l'apparition de certaines

FREQUENCE MENSUELLE DES ETATS MORBIDES  
CHEZ LES ENFANTS DE 0 AN ET 1 A 4 ANS  
DISPENSARE DE MEMNI (PERIODE 1965-67)

1 à 4 ans

Chez les enfants de moins d'un an, une partie des variations saisonnières sera masquée par l'influence du mois de naissance: en effet durant les premiers mois de vie, l'enfant encore porteur des anticorps de sa mère sera moins sensible aux affections extérieures; les maladies les plus fréquentes seront davantage de nature endogène ou liées aux traumatismes de l'accouchement.

Les deux régions présentent des divergences climatiques: en

### 111. NIVEAU ET CAUSE DE LA MORTALITE INFANTO-JUVENILE

Les données permettant de situer le niveau de la mortalité infanto-juvénile dans ces zones sont de qualité différente, différence due à la méthodologie de chaque opération.

#### 111.1. NIVEAU DE LA MORTALITE

A Brobo, la méthode de TRUSSELL est celle retenue pour l'estimation de la mortalité. Le modèle Sud de la table de COALE et DEMENY est jugé conforme à la structure de la mortalité dans la région. L'évaluation de la qualité des données incite à reconnaître que les niveaux de mortalité présentés sont indicatifs et ne traduisent pas entièrement la réalité.

Tableau n° 6: Quotients de mortalité (p.1000) selon le sexe

	1q0	4q1
Sexe masculin	92,7	38,1
Sexe féminin	54,6	13,8

A Memni-Montézo, les niveaux de mortalité ont été calculés pour différents groupes de générations (tableau n°7).

Tableau n° 7: Quotients de mortalité (p. 1000) selon les générations

Génération	Sexe masculin		Sexe féminin		Ensemble	
	1q0	4q1	1q0	4q1	1q0	4q1
1960-64	98,9	66,7	71,7	28,5	85,5	43,7
1965-69	100,0	65,3	53,7	56,7	74,4	68,1
1970-74	91,8	53,5	53,6	47,2	74,5	49,2
1975-79	72,0	30,4	59,3	30,5	66,2	34,0
1980-84	58,5	-	34,6	-	48,2	-

Les niveaux de mortalité présentés pour le deux zones appellent quelques observations.

La mortalité enregistrée à Brobo est inférieure à celle constatée dans la région de savane rurale comme le montrent les résultats de l'enquête à passages répétés de 1978-79 (tableau n° 8).

Les jugements exprimés par les auteurs des analyses sur la mortalité comportent des réserves en raison des "nombreux déplacements des mères qui précèdent ou suivent l'accouchement et donc ceux de nouveaux-nés". Ces déplacements font partie des "facteurs de sous-estimation de la mortalité infantile".

Tableau n° 8: Quotients de mortalité infantile et juvénile (p.1000) - EPR

Sexe	Strate		Savane rurale	Milieu rural
	1q0	4q1		
Masculin	1q0		115,3	102,8
	4q1		71,0	77,0
Féminin	1q0		85,0	85,0
	4q1		94,7	69,8

Cette sous-estimation des statistiques de décès semble plus prononcée pour Brobo où la seule structure sanitaire est loin d'assurer une couverture de tous les villages de la sous-préfecture. A Memni-Montézo, le fléchissement du niveau de la mortalité est une réalité eu égard à la qualité des soins fournis par le centre de santé. Ainsi deux auteurs (DUTERTRE, VESINO, 1971) ont remarqué que : "les chances de survie, du fait de la surveillance des femmes enceintes, des accouchements tous pratiqués par une sage-femme compétente, enfin de la possibilité qu'ont les parents d'enfants jeunes de trouver sur place les conseils et les soins élémentaires dont ils ont besoin, sont certainement parmi les meilleurs que l'on puisse actuellement trouver en milieu rural".

#### 111.3. LES CAUSES DE DECES

Les causes des décès demeurent délicates à saisir dans le cadre des enquêtes rétrospectives. La déclaration d'un décès n'entraîne pas systématiquement celle de la cause. Lorsqu'elle est connue, il subsiste une ambiguïté : la cause immédiate est déclarée au détriment de la cause principale ayant entraîné le décès.

A Memni-Montézo, malgré la qualité du fonctionnement de l'Etat Civil, les fichiers de décès sont encore incomplets pour la réalisation d'une étude solide sur les causes de décès. La situation est plus complexe pour Brobo où seules les données d'enquête permettent de se faire une idée des causes de décès. Malgré ces lacunes, les observations effectuées sur près de 1.100 nouveaux-nés entre 1981 et 1986 à Memni-Montézo ont permis de déceler 55 cas de décès. Parmi ces décès, 27 % se sont produits dans la première semaine qui a suivi la naissance. Les causes imprécises invoquées à l'enquête font certainement partie des causes endogènes difficilement identifiables. Les causes exogènes déclarées mettent en évidence l'importance des affections diarrhéiques; celles-ci sont suivies par la fièvre et les maladies favorisées par elle. A Brobo, les quelques statistiques disponibles classent en première position les maladies diarrhéiques et font état de la rougeole.

Le rôle des maladies dues à la diarrhée est significative parmi les causes de mortalité. Cette maladie est en régression



ans de nombreuses régions du monde depuis la diffusion de la méthode de la réhydratation par voie orale (RVO). Mais cette technique, même si elle est connue n'est pas toujours pratiquée, en effet nombreuses sont les femmes qui croient que donner à boire favorise la diarrhée. En région akan, la majorité des décès dus aux maladies diarrhéiques proviendrait d'une thérapeutique traditionnelle reposant essentiellement sur les "lavements de ventre", méthode purgative qui favorise la déshydratation et accélère l'affaiblissement de l'organisme.

Le recul de l'effectif de ces décès résiderait dans une réorientation des habitudes en matière de soins à administrer aux enfants devant ces cas de maladies.

## CONCLUSION

Cette étude de la morbidité et mortalité dans deux régions de Côte d'Ivoire, homogène du point de vue ethnique, révèle un certain particularisme régional.

Les niveaux de morbidité et mortalité divergent, divergences dues à l'inégal développement que ces deux zones connaissent tant du point de vue économique et social que sanitaire, mais également de leur environnement écologique. Si les différentes saisons se trouvent bien marquées aux mêmes périodes, les niveaux de pluviométrie et de température ne sont pas identiques et l'incidence des maladies variable.

Un phénomène commun apparaît dans les deux régions : quel que soit l'état de développement des infrastructures sanitaires, le recours à la médecine traditionnelle persiste lié à la représentation que la société se fait de certaines maladies mais surtout de leurs vecteurs.

Ces éléments de saisonnalité, de conception de la maladie et des soins spécifiques à chaque région sont importants et devraient être considérés dans les messages de sensibilisation de la population à certains problèmes de santé pour améliorer leur impact : les décisions de politique sanitaire prises au niveau national n'ont pas toujours les incidences escomptées au niveau local.

## REFERENCES

- ADOU A., KOFFI N. (1987). La population de Brobo (Département de Bouaké). Etudes et Recherches n° 13. ENSEA, Abidjan. 93 p.
- BONI D. (1970) Le pays Akyé, Côte d'Ivoire, étude de l'économie agricole. Annales de l'Université d'Abidjan. série G.
- BONNET D. (1987). La perception du paludisme chez les Moose. ORSTOM Ouagadougou.
- CANTRELLE P., LY V. (1980). La mortalité des enfants en Afrique. In "La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire". Sous la direction de BOULANGER P.M., TABUTIN D. Université Catholique de LOUVAIN. 197-220 p.

DIRECTION DE LA STATISTIQUE (1982). Enquête démographique à passages répétés 1978-79. Ministère de l'Economie et des Finances. Abidjan. Résultats définitifs. 270 p.

DIRECTION DE LA STATISTIQUE (1984) : Enquête ivoirienne sur la fécondité 1980-81. Rapport principal. Volume I. Analyse des principaux résultats, Ministère de l'Economie et des Finances. Abidjan.

DUTERTRE (J.) et NEPOTE VESINO (R.) : La mortalité infantile dans un village rural ivoirien : le village de Memni, Sous-préfecture d'Alépé 1966-1971. INSP. Abidjan, 6 p.

FARGUES P., NASSOUR O. (1987). Les saisons et la mortalité urbaine en Afrique; les décès à Bamako de 1974 à 1985. UIESP Semaine sur mortalité et société en Afrique au Sud du Sahara. Yaoundé. 38 p.

GUILLAUME A., REY S. (1987). Morbidité par diarrhée: quels recours thérapeutiques ? UIESP. Semaine sur mortalité et société en Afrique au Sud du Sahara. Yaoundé. 22 p.

HILDERBRAND K. (1985). Composantes et contraintes saisonnières chez les Peuls du Seno-Mango dans le Mali Central. In Population, santé et nutrition au Sahel. Etudes sur le bien-être de certaines communautés en Afrique de l'Ouest, sous la direction de A. G. Hill, Y. Jemai et A. Thiam. Londres. 273-308 p.

INED (1987). Populations et Sociétés. Paris. N° 216, Septembre 1987.

## SUMMARY

*In two regions of Côte d'Ivoire, the akyeland in the South-East and the Brobo region in the Centre, homogeneous from the ethnic point of view, but with a different ecological and socio-economical environment, morbidity and mortality level present characteristics of their own each area. This comparative study has been carried out from surveys of women to know how they got aware of the disease and what was their attitude to cure their children and from health statistics provided by health centres. There are three major pathologies (malaria, diarrheas, bronchial affections) with variable frequencies and virulence in both areas according to the different season (dry or rainy season). Care strategies sometimes rest on combination of modern and traditional therapies, but people resort more willingly to traditional care in the centre region where sanitary and economic infrastructures are little developed. Such an environment has an impact on the infant and child mortality rate which is higher in this region. The differences between regions are important elements to take into account to improve the efficiency of sanitary measures, often taken on the national level, disregard of local particularities.*