

Santé maternelle et infantile en milieu akan (Côte d'Ivoire)

Agnès Adjamagbo
Socio-démographe

Agnès Guillaume
Démographe

Patrice Vimard
Démographe

La santé de la reproduction est définie comme une "condition dans laquelle la reproduction est accomplie dans un état de bien être physique mental et social et pas uniquement comme l'absence de maladie ou de désordre dans le processus de reproduction" (FATHALLA, 1992). À travers cet aspect de la santé de la reproduction, c'est la question de santé maternelle et infantile qui est abordée mais aussi celle de la maîtrise de la fécondité et de la santé sexuelle. Ainsi, la population concernée ne se limite pas uniquement aux femmes en âge fécond mais concerne toutes les femmes et les hommes.

La politique ivoirienne en matière de santé maternelle et infantile est axée principalement sur l'abaissement de la mortalité infantile (FNUAP, 1994) et l'amélioration de la santé maternelle et infantile reste une priorité dans les questions de santé. En Côte d'Ivoire, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les politiques de population qui prévoient la mise en place de programmes de planification familiale, ont fondé leur légitimité sur le principe de la préservation de la santé maternelle et infantile. L'application de ce principe fait que bon nombre de services de planification familiale sont inclus dans les centres de protection maternelle et infantile. Ils ne constituent qu'une composante des programmes sanitaires et ne disposent pas de tous les moyens nécessaires pour fonctionner efficacement. Les prestations de services en matière de régulation des naissances se retrouvent ainsi souvent reléguées au second plan et l'octroi de

conseils sur les méthodes contraceptives lors des consultations dans les centres de PMI est loin d'être systématique.

Les conduites liées à la connaissance de certaines maladies, les pratiques préventives et curatives, les itinéraires thérapeutiques ont une influence directe sur la survie des mères et des enfants et, par là même, sur la taille de la descendance. Inversement, le calendrier et l'intensité de la fécondité ont un impact certain sur les probabilités de survie des enfants et déterminent dans une large mesure l'état de santé des mères. Il existe par conséquent une concordance évidente entre les comportements reproducteurs et les pratiques thérapeutiques. Tous deux répondent aux mêmes logiques sociales économiques et culturelles. Mais ces logiques sont parfois difficiles à cerner par une approche quantitative. En définitive, en matière de comportement lié à la procréation ainsi que dans le domaine des pratiques thérapeutiques, la compréhension des choix faits par les individus passe par la prise en compte de facteurs multiples, en interrelation les uns avec les autres ; facteurs que des méthodes d'analyse s'appuyant sur des techniques qualitatives d'observation permettent de mieux appréhender.

Dans les différentes enquêtes en Côte d'Ivoire, l'étude de la santé de la reproduction ne représente qu'un des volets d'une approche plus globale des dynamiques de population. Elles privilégient généralement les questions de la fécondité et de la santé de la mère et de l'enfant au détriment du thème sur la santé sexuelle.

Cet article présente les objectifs et principaux résultats des différentes enquêtes menées dans deux zones rurales de Côte d'Ivoire : l'une située dans le Sud-Ouest (Sassandra) et l'autre dans le Sud-Est en milieu akan (Memni-Montezo). Après une brève présentation de la méthodologie des enquêtes et des sources de données utilisées, notre étude porte essentiellement sur l'analyse des comportements de santé en liaison avec les comportements de reproduction. Nous nous intéressons aussi plus largement à la santé des mères et de leurs enfants. Les résultats présentés ici sont plus ou moins approfondis selon les régions en fonction des données collectées et du niveau d'analyse réalisé.

Les deux zones d'études se caractérisent par un environnement socio-économique et sanitaire différent. La région de Memni-Montezo a bénéficié très tôt du développement de l'économie de plantation qui a favorisé l'amélioration des conditions de vie des populations, notamment une élévation du niveau d'éducation. Un

centre de santé d'installation ancienne, créé par les missions catholiques, offre des soins de qualité et a un rayonnement géographique important. Si dans la sous-préfecture de Sassandra, sise dans le sud-ouest de la Côte d'Ivoire, l'agriculture de rente est également la principale activité, son développement récent a suscité une forte vague d'immigration, qui est à l'origine d'une grande diversité culturelle. La prise en compte de cette diversité est importante car elle explique en grande partie, la variété des comportements reproductifs et de santé. Cette zone, restée très longtemps enclavée, connaît un faible niveau de couverture sanitaire.

■ Enquêtes et statistiques sanitaires : deux sources de données sur la santé de la reproduction

Les statistiques sanitaires

Les centres de santé en Côte d'Ivoire, produisent mensuellement des statistiques sur différents éléments relatifs à la santé de la reproduction. Les motifs de consultation sont classés selon une nomenclature assez détaillée (proche de celle préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé) par type de maladies (maladies infectieuses et parasitaires, du sang, de la nutrition, de l'appareil respiratoire, etc.) par sexe et grands groupes d'âges. Sur ces registres, le nombre global de consultants, de consultations prénatales et postnatales, sont également notifiés ainsi que des informations sur les vaccinations, les accouchements (pour les maternités) et les décès de mères et d'enfants.

Une source de données parfois incomplète...

Bien que fournissant un corpus de données important, ces statistiques sanitaires présentent quelques limites. Elles ne sont pas nécessairement représentatives de l'ensemble des pathologies

prévalantes dans la population, puisque pour certaines, le recours aux centres de santé n'est pas la règle. Ainsi pour des maladies jugées comme bénignes (par exemple certains types de diarrhée), pour celles dont la cause n'est pas considérée comme naturelle, ou encore du fait de l'éloignement géographique des centres de soins, le traitement se fait le plus souvent au sein de la famille ou après avoir consulté les thérapeutes traditionnels. En outre, ces statistiques concernent le nombre de consultations mensuelles pour une maladie précise, mais il n'est pas possible de connaître le nombre de consultants par épisode de maladie, ni leurs caractéristiques socio-démographiques. Une autre faiblesse des statistiques sanitaires concerne la complétude annuelle des séries mensuelles qui est parfois imparfaite et leur exploitation qui reste souvent assez limitée : en effet, l'analyse est faite à un niveau souvent global et rares sont les données publiées par sexe et âge. Cette absence d'information selon l'âge des consultants peut masquer l'importance de certaines pathologies. Ainsi, la prévalence d'une maladie peut être faible pour l'ensemble de la population de consultant mais élevée pour la population concernée, tel est le cas par exemple des maladies infantiles. Un des inconvénients de ces statistiques est l'imprécision de la population de référence qui rend difficile le calcul de certains indicateurs, notamment de la mortalité maternelle, comme l'ont souligné C. ZOUGRANA et A. PARÉ dans cet ouvrage.

... mais une source de données importante

Ces statistiques présentent par contre l'avantage de fournir des données sur la prévalence de certaines pathologies : leur analyse peut permettre de mesurer l'efficacité des programmes de santé et de définir les actions de prévention à renforcer. Elles fournissent également des informations sur la saisonnalité de certaines pathologies et leur évolution dans le temps, en supposant qu'il y ait une constance dans la fréquentation des centres de santé pour des maladies précises. Cependant plusieurs éléments peuvent induire des changements dans ces comportements : la dégradation des conditions économiques des ménages qui risque d'affecter la fréquentation des centres de santé, le calendrier agricole rendant difficile l'accès aux soins à certaines périodes, les difficultés de déplacement à certaines périodes (saison des pluies par exemple) qui limite les possibilités de mobilité vers les centres de soins pour les villages excentrés.

Une amélioration de la collecte de ces données ainsi qu'une exploitation plus fine permettrait d'obtenir un corpus de données plus performant pour l'analyse de la santé de la reproduction. Malgré tout, les statistiques sanitaires restent d'une portée limitée et des enquêtes complémentaires sont nécessaires pour mieux cerner les déterminants des comportements en matière de santé de la reproduction.

Les enquêtes quantitatives et qualitatives

Les données présentées dans cet article reposent sur deux types d'enquêtes : les enquêtes quantitatives, menées essentiellement auprès de femmes en âge fécond et des enquêtes qualitatives conduites auprès de différents acteurs sociaux : hommes, femmes, personnels de santé, thérapeutes traditionnels. Ces dernières ont été conduites sous forme d'entretiens individuels, récits de vies, focus group ou observation participante. Elles avaient pour objectif de fournir des éléments complémentaires pour l'interprétation des résultats des analyses quantitatives relatives à la santé (tant curatifs que préventifs), la fécondité et les attitudes en matière de régulation des naissances. L'approche qualitative a également permis d'identifier des variables, des profils de comportements originaux et de mettre ainsi en évidence des processus en phase d'émergence.

La perception de la maladie : un élément déterminant dans les comportements de santé

La compréhension des comportements de santé nécessite une analyse fine de la perception et de l'interprétation de la maladie par les populations. En effet, ces deux éléments vont largement conditionner les choix et les comportements thérapeutiques.

La première difficulté réside dans l'identification de l'état morbide. Il s'agit de savoir à partir de quel moment une personne est déclarée

malade, si cette déclaration intervient quand les symptômes persistent un certain temps (BONNET, 1988), quand la cause de la maladie est identifiée ou quand un thérapeute est consulté ? Qui pose le diagnostic de la maladie et qui paye les soins ? Qui, dans la famille, décide des soins à porter aux enfants, cette décision n'émane pas toujours de la mère de l'enfant ? Tous ces éléments impliquent des degrés d'appréhension différents des états morbides et vont conditionner les parcours thérapeutiques.

L'interprétation de la maladie

La question de l'interprétation de la maladie a fait l'objet de nombreuses études dans la littérature anthropologique. La classification des maladies et leur identification causale pourront être très variables selon les sociétés renvoyant à la théorie de la contamination (FAINZANG, 1988, AUGÉ et HERZLICH, 1983). Bien souvent deux catégories causales se distinguent selon que ces maladies sont "attribuables" à un agent extérieur à la personne qui est soit spirituel (esprits ancestraux ou des lieux), soit humain (sorcier) et les maladies dont l'origine n'est pas de conception persécutive mais naturelle (BONNET, 1986). Ainsi, les parcours thérapeutiques vont-ils différer en fonction du type de maladie. Pour les maladies dites provoquées, la recherche de la cause s'impose et implique une démarche auprès d'un type précis de thérapeutes (devin, prophète...). Cette recherche causale n'exclut pas que d'autres instances soient sollicitées pour en soigner les manifestations cliniques. Pour les autres maladies, la cause fera référence à des événements climatiques (soleil, pluie, froid), ou à des vecteurs (moustiques), ou à des événements de la vie quotidienne (le travail, la fatigue), mais rarement à des causes surnaturelles.

Ces études sur la maladie ne peuvent pas être menées par le seul biais d'enquêtes quantitatives. Elles nécessitent des analyses qualitatives approfondies pour définir la causalité de la maladie et les comportements qui lui sont associés.

Une autre question se pose dans ces études sur la maladie, celle de l'événement morbide à considérer, le plus récent ou le plus fréquent ?

Ce choix est différent selon le type et les méthodologies d'enquêtes. Lors des celles réalisées en pays akan, les femmes ont été interrogées

sur leur maladie la plus récente ainsi que celles de leurs enfants en bas âge mais aussi sur les maladies qu'elles ont contractées au cours de la grossesse ou susceptibles d'expliquer une stérilité primaire ou secondaire. La prise en considération de ces événements de la vie génésique permet de voir si les représentations que les femmes ont de la fécondité (ou de l'infécondité) modifient leur pratique thérapeutique. La stérilité souvent considérée comme une "maladie provoquée" peut amener à des conduites spécifiques.

La prise en compte du dernier épisode morbide dans ces enquêtes présente l'avantage de limiter les risques d'omissions, puisqu'on se réfère le plus souvent à un événement proche dans le temps. Cette approche permet également de prendre en compte n'importe quel événement morbide y compris ceux dont la fréquence est faible. Par contre, l'inconvénient d'une telle pratique est qu'elle ne donne qu'une vision partielle de la prévalence de l'ensemble des pathologies. Elle tend d'autre part à surestimer les épisodes morbides qui ont donné lieu à la consultation de personnel médical aux dépens des problèmes soignés uniquement au sein de la famille. Elle ne permet pas non plus de mesurer la saisonnalité des maladies, mesure qui nécessite un suivi sur le long terme ou des passages très fréquents pour une observation en continue des événements.

Une autre solution pour aborder la morbidité est de ne considérer au travers de ces enquêtes que des maladies spécifiques, telle est la conduite adoptée notamment par les Enquêtes démographiques et de santé. Dans ce cas, seules les maladies les plus courantes sont généralement prises en compte, telles les fièvres, le paludisme, les diarrhées, la toux. Ce procédé nécessite au préalable une identification de ces pathologies dans la langue locale. En effet, une maladie peut se voir attribuer différents noms en fonction des symptômes qu'elle présente. Par exemple, à chaque type de diarrhées (simple, infectieuse, accompagnée de vers ou de sang) correspond un nom spécifique, alors que le terme biomédical ne renvoie généralement qu'à une seule entité nosologique (REY, 1989). Cette identification des modes de dénominations locales de la maladie est primordiale. À chacune d'elle correspond un type d'itinéraire thérapeutique particulier traditionnel, biomédical ou mixte.

L'analyse des états morbides par le biais des enquêtes suppose donc une démarche à la fois quantitative et qualitative. L'analyse quantitative va permettre d'appréhender l'importance de certaines

pathologies et la fréquence des recours thérapeutiques qui leur sont associés, mais aussi de mesurer la saisonnalité de la maladie en cas d'observation sur le long terme. Les enquêtes qualitatives apporteront des éléments pour l'identification et l'interprétation des représentations sociales et culturelles des maladies, leur identification et une meilleure compréhension des recours thérapeutiques qui leur sont également associés.

■ La santé des enfants

Dans les enquêtes menées à Sassandra et à Memni Montezo, la question de la santé des enfants a été abordée en prenant en compte le dernier état morbide dont l'enfant a souffert.

Les principales causes de morbidité des enfants

Dans les deux régions, une grande similitude apparaît dans la morbidité des enfants de moins de cinq ans apparaît lorsqu'on analyse les différents symptômes déclarés (tableau 1). Ces symptômes dominants sont (par ordre décroissant) les fièvres, seules ou associées à d'autres symptômes, les diarrhées et les affections respiratoires. Cependant, chez les plus jeunes enfants (ceux de moins d'un an), on observe quelques différences entre les deux régions. À Sassandra, la prévalence de la diarrhée et de la fièvre est nettement plus forte qu'à Memni : ces deux pathologies représentent à elles seules plus de 70 % des cas, contre 32 % à Memni. Ces différences peuvent être liées à l'écart entre les deux périodes d'enquête qui est de 5 ans. Elles peuvent également résulter d'une interprétation non identique des maladies dans ces deux régions. À Sassandra, une plus forte proportion de maladies reste non identifiée certainement de par la moindre fréquence des centres de santé.

Symptômes de maladies	Memni Montezo		Sassandra	
	enfant de moins d'un an	enfant d'un à 5 ans	enfant de moins d'un an	enfant d'un à 5 ans
Diarrhée	19	27	36	31
Affections respiratoires	21	12	11	7
Maux de tête	11	5	0	1
Fièvre + maux de tête	6	5	4	1
Fièvre seule ou associée à d'autres symptômes	13	35	36	36
Autres	30	16	14	25
Total	100	100	100	100

■ Tableau 1
Principaux symptômes de maladies infantiles
(enfants de moins d'un an et de 1 à 5 ans)
à Memni-Montezo (1986) et Sassandra (1991) (en pourcentage).

Les symptômes déclarés par les mères recouvrent en grande partie les principaux motifs de consultation dans les centres de santé. Les pathologies ainsi déclarées sont évidemment moins précises que celles du dispensaire : les fièvres correspondent souvent à des accès palustres et les diarrhées aussi bien à des diarrhées simples que des dysenteries. Ainsi à Memni-Montezo entre 1983 et 1985, pour les enfants de moins d'un an, comme pour ceux âgés de 1 à 4 ans, les principaux motifs de consultations recensés étaient les diarrhées, d'une fréquence de 12 à 14 % et les dysenteries entre 1 et 4 %. Ces deux maladies sont souvent confondues par les femmes. Le paludisme représente quant à lui entre 13 et 24 % des consultations et les affections respiratoires entre 10 et 24 %. La déclaration des maladies faite uniquement à partir des symptômes ne permet pas toujours de trouver une correspondance directe avec une pathologie précise. Par contre, le recoupement avec le nom en langue vernaculaire associé à ces symptômes permet d'affiner la typologie des maladies. Si la classification ne correspond pas à une identité nosologique très précise, elle révèle cependant la nature des problèmes de santé vécus et les recours thérapeutiques associés.

Lors d'une enquête menée à Sassandra en 1989¹ auprès d'un sous-échantillon de femmes, il est apparu que pour soigner les diarrhées, les mères recourent en priorité aux soins de type traditionnel dans la famille ou en consultant des thérapeutes (GUILLAUME et VIMARD, 1989). Les techniques de soins par la solution de réhydratation orale (SRO) sont très peu utilisées. La SRO est d'ailleurs peu connue des femmes puisqu'à cette date deux tiers d'entre elles déclarent ne pas savoir ce dont il s'agit, et pour la minorité qui en connaît l'existence, seulement 60 % l'ont déjà utilisée une fois. Rares sont les femmes qui adoptent des attitudes préventives pour éviter que les enfants ne souffrent de diarrhée : que ce soit au niveau de l'hygiène, de la nutrition, aussi bien pour les aliments que pour les boissons. Une connaissance plus précise des représentations que se font les femmes des types de diarrhées permettrait de mieux comprendre les raisons du faible recours au SRO qui constitue un traitement simple et efficace.

Des parcours thérapeutiques différents dans les deux régions

Les recours thérapeutiques sont, comme nous l'avons déjà mentionné, largement conditionnés par le type de maladie en cause. Ils dépendent également en grande partie de facteurs tels que la situation économique du ménage, le niveau d'instruction des femmes et leur environnement familial. Les femmes ne disposent pas toujours de l'autonomie de décision dans le choix des soins, ni d'ailleurs de l'autonomie financière pour assumer le coût du traitement (voir OUEDRAOGO dans cet ouvrage). D'autres études ont également souligné les relations entre l'état nutritionnel des enfants et le degré d'autonomie des mères (CASTLE, 1995 ; DOAN et BISHARAT, 1990).

¹Une partie du questionnaire était consacrée aux épisodes de diarrhées survenus dans les quinze derniers jours et au parcours thérapeutique, ainsi qu'à des questions sur les attitudes préventives face à cette maladie et à la connaissance de la solution de réhydratation par voie orale.

Une couverture sanitaire inégale

Un autre facteur détermine également les comportements thérapeutiques : celui de la disponibilité des infrastructures sanitaires. Il est certain qu'en l'absence de couverture sanitaire satisfaisante, les femmes n'ont d'autres choix que de s'en remettre aux médecines traditionnelles pour se soigner ou soigner leurs enfants, pour le suivi de leur grossesse, mais aussi et surtout lors de l'accouchement. La fréquentation de ces centres de santé est étroitement liée également à leur accessibilité, en termes de coûts de transport et de prestation, notamment. Les conditions d'accueil le coût et la disponibilité des médicaments constituent d'autres obstacles au recours aux structures de soins biomédicales.

L'étude des pratiques thérapeutiques a été, dans les différentes enquêtes, réalisée à partir de questions relatives aux personnes consultées pour dispenser les soins en cas de maladies (personnel de santé, famille ou thérapeutes traditionnels) et au type de traitements utilisés (produits pharmaceutiques prescrits ou automédication, ou soins par les plantes...). La pharmacopée locale est souvent utilisée par les populations autochtones pour soigner les maladies bénignes : son savoir se transmet au sein de la famille. Par contre pour les populations étrangères à la zone, son utilisation peut être moins fréquente, car elle ne leur est pas familière ; il en va de même pour les thérapeutes traditionnels dont les pratiques ne correspondent pas forcément à leurs usages. Ce problème se pose de façon moins aiguë pour les structures de type biomédical dont le fonctionnement est semblable quelle que soit la région, et où le personnel affecté est rarement originaire du milieu où il travaille : ce qui rend d'ailleurs parfois difficile la compréhension entre patient et personnel soignant. Ainsi ce choix dans le type de soins ne se pose pas uniquement en terme d'accès géographique mais aussi en terme plus culturel.

Les recours thérapeutiques

La comparaison des recours thérapeutiques, en pays akyé et dans la sous-préfecture de Sassandra révèle une fréquentation plus assidue des structures sanitaires dans la première région : cette différence s'explique tout à fait vu le niveau de développement des infrastructures dans ces deux zones (en particulier le fort taux d'accouchement en

maternité), et les conditions de fonctionnement de ces structures sanitaires (tableau 2). En pays akyé, la présence ancienne d'un dispensaire, à l'époque bien doté en médicaments vendus à moindre coût, incitait à sa fréquentation, alors que dans la sous-préfecture de Sassandra, la faible couverture sanitaire et l'absence fréquente de médicaments dans les centres de santé amène à recourir à d'autres stratégies de soins. Les thérapies familiales, basées sur l'utilisation de la pharmacopée locale, revêtent une place importante à Sassandra alors qu'en pays akyé, les soins à l'indigénat sont davantage dispensés par des thérapeutes traditionnels. De plus dans cette même zone, l'association de soins modernes et traditionnels est beaucoup plus répandue. À Sassandra, par contre, l'automédication familiale par produit pharmaceutique est assez répandue (7 % des types de soins) : l'obtention se fait soit auprès d'officine soit de colporteurs qui sillonnent les villages excentrés ou sur les marchés.

Structure consultée	Pays akyé (1986)	Sassandra (1991)
- Moderne	70	64
- Traditionnelle	11	36
dont famille	2	30
- Moderne et traditionnelle	21	*
Type de traitement		
- Moderne	71	69
- Traditionnelle	12	26
- Traditionnelle et moderne	17	5
* L'information sur le second recours thérapeutique ne concernait qu'un très faible pourcentage d'individus, nous n'avons donc retenu que le premier recours cité, et appréhendé la combinaison des pratiques à travers la variable traitements.		

■ Tableau 2

Recours thérapeutiques pratiqués pour soigner les enfants de moins de 5 ans en pays Akyé et dans la sous-préfecture de Sassandra (en %).

Le contexte sanitaire n'est pas le seul élément qui détermine les parcours thérapeutiques. Ainsi en pays akyé, nous avons pu constater que, selon les maladies considérées, le type de soins prodigués varie beaucoup : l'importance des soins auprès de personnel médical pouvant fluctuer de 50 à 84 % et celle des soins de type traditionnel de 9 à 31 %. Seule l'identification précise de ces maladies et de leur cause permet de comprendre ces recours : cette démarche suppose

une étude approfondie sur les représentations de la maladie. Par exemple, quand les enfants ont la “maladie de la fontanelle”, cette maladie, bien que réputée grave, est soignée dans près d'un tiers des cas (31 %) de façon traditionnelle, car beaucoup de femmes considèrent qu'elle ne peut pas être soignée au dispensaire : 20 % des femmes associent cependant les deux types de traitement.

Les caractéristiques de la population de ces deux zones expliquent aussi les différences d'attitudes en matière de recours thérapeutiques. En effet, si la région de Memni-Montezo est une zone au peuplement homogène, tel n'est pas le cas de la région de Sassandra, zone d'intense migration où le brassage de la population est important.

Ces recours dépendent aussi largement de la personne habilitée dans le ménage à choisir le type de traitement dispensé : ainsi dans ce domaine, la mère n'a pas toute latitude de choix et l'intervention du père des enfants ou des grands-parents est susceptible d'influencer les décisions prises. Le statut de la femme dans le ménage, qui permettra d'expliquer son autonomie de décision et de paiement (composition du ménage d'appartenance, rôle domestique, activité économique, état matrimonial, niveau d'instruction, caractéristiques socio-économiques de son conjoint, ...), s'avère donc un point important pour comprendre les différents profils de conduites.

Le degré d'autonomie des femmes : un élément d'explication des comportements de santé

Les attitudes et comportements dans le domaine de la santé comme dans celui de la fécondité sont le reflet d'une condition sociale et économique particulière. Les acquis culturels conditionnent dans une large mesure les options des individus comme nous avons pu le montrer à travers certaines conduites thérapeutiques : la perception de la maladie, les rituels entourant la naissance induisent certaines pratiques spécifiques concernant les soins et les conditions d'accouchement.

Le degré d'insertion dans la société locale est aussi un élément qui détermine certains comportements thérapeutiques. Dans la sous-préfecture de Sassandra, les femmes étrangères et allochtones,

plus particulièrement les femmes burkinabé, recourent plus massivement aux soins auprès de structures biomédicales pour soigner leurs enfants (entre 60 et 71 % des recours) que les femmes autochtones (seulement 57 % des recours). Ces femmes natives de la zone consultent par contre plus fréquemment les thérapeutes traditionnels (14 % des recours contre seulement entre 1 et 8 % pour les autochtones et les étrangers) dont les pratiques sont bien intégrées au fonctionnement des sociétés locales (tableau 3). Cette attitude par rapport aux structures biomédicales n'est d'ailleurs pas spécifique à la région de Sassandra. Ainsi, REY (1989) en pays Moba-gurma du Togo a pu noter que pour les populations autochtones, « il n'y a pas de rejet à priori des structures de type biomédical, mais celles-ci apparaissent souvent à la population comme "étrangères" à leur mode de vie. L'accueil, la difficulté à se faire comprendre aussi bien que la distance conditionnent la démarche vers le dispensaire ou l'hôpital ».

	Moderne	Famille	Traditionnelle	Effectif
Ethnie				
Autochtone	57	30	14	44
Allochtone	64	31	6	160
Burkinabé	71	28	1	106
Autre étranger	60	32	8	63
Activité professionnelle				
Agriculture	52	45	3	159
Commerce, artisanat	73	24	4	55
Ménagère	74	18	8	147
autre	80	10	10	10
Présence des aînés *				
Oui	56	30	14	64
Non	66	30	4	309
Ensemble population	64	30	6	373
* Il s'agit des parents, beaux-parents ou grands-parents de la femme interrogée ou des parents du chef de ménage				

■ **Tableau 3**
 Personne consultée à Sassandra pour les soins aux enfants selon certaines variables socio-économique et familiale des mères (en %).

Le statut économique des individus détermine également des types de conduites particulières dans le domaine de la santé. Dans les sociétés d'économie de plantation, le travail de production est étroitement lié aux formes de captation de la main d'oeuvre. Les activités agricoles s'élaborent selon un partage des tâches entre les membres de la cellule domestique. En l'absence de revenus suffisants, due à la mévente des produits d'exportation en raison de la crise des marchés mondiaux, les paysans accèdent difficilement à la main-d'oeuvre salariale et ont tendance à se replier sur la main-d'oeuvre familiale. Le rôle des femmes qui consiste essentiellement à prendre en charge les cultures vivrières, leur transformation et leur commercialisation, s'en trouve ainsi accentué, puisque la survie du ménage repose en grande partie sur son efficacité. Tout changement dans l'aménagement des rôles à l'intérieur de la cellule domestique et de production peut entraîner des conséquences importantes sur le statut économique des femmes, en terme d'accroissement de leur dépendance vis-à-vis du ménage, mais aussi en terme d'autonomie lorsque leurs activités (commerciales notamment) leur permettent d'accroître leurs bénéfices personnels. Or, le degré d'autonomie économique des femmes va fortement peser sur leurs capacités de décision et d'action dans le domaine des pratiques de santé. Outre une certaine aisance financière, l'activité féminine implique, à un certain stade de son développement, que la femme s'éloigne de la sphère familiale et villageoise (dans la recherche de marchés urbains par exemple) et contribue à lui faciliter le recours aux structures sanitaires, de même qu'à réduire les contraintes psychologiques qu'il peut susciter.

L'autonomie financière des femmes et ses conséquences en termes de pouvoir de décision sont donc des aspects importants pour les stratégies de soins aux enfants. Les femmes de la sous-préfecture de Sassandra qui exercent leur activité professionnelle dans l'agriculture sont essentiellement aides-familiales donc en position de dépendance. Leur faible autonomie financière, conjuguée à une bonne connaissance de la pharmacopée locale, explique l'importance des soins dans la famille et corrélativement le faible recours aux centres de santé. Les femmes qui exercent d'autres activités recourent par contre plus massivement aux soins de type biomédicaux : leur autonomie de décision est très liée à leur situation économique. Les femmes les plus autonomes sont les commerçantes ou les artisanes qui disposent souvent d'un budget

propre. Les femmes ménagères sont en revanche totalement dépendantes de leur mari : il s'agit essentiellement de femmes dont le conjoint exerce une activité dans le secteur tertiaire de l'économie.

Révélatrice de ce relatif manque d'indépendance des femmes, la prise de décision quant aux soins à prodiguer aux enfants émane dans 43 % des cas au père (tableau 4). L'environnement familial intervient également comme un facteur déterminant des comportements de santé. Il apparaît en effet que quand des aînés sont présents dans le ménage, les choix thérapeutiques varient. La consultation de thérapeutes traditionnels est alors très nettement privilégiée aux dépens des consultations dans les centres de santé.

	%	Effectif
<i>Décision des soins</i>		
. femme	52	193
. père de l'enfant	43	162
. autre	5	18
<i>Paiement des soins</i>		
. gratuit	37	137
. femme	7	27
. père de l'enfant	54	201
. autre	2	8
Ensemble	100	373

■ Tableau 4
Prise de décision et paiement des soins des enfants de moins de 5 ans (Sassandra 1991).

À Sassandra, les dépenses de santé (au même titre que les dépenses de scolarité d'ailleurs) sont généralement assumées par le père : dans plus de la moitié des cas (54 %) c'est lui qui assume ces dépenses, les femmes ne les prenant en charge que rarement (7 % des cas) : quand les femmes ont le pouvoir de décision concernant les soins, elles recherchent le plus souvent leur gratuité. Contrairement à ce que révèlent les anciennes zones d'économie de plantation de Côte d'Ivoire, on n'observe pas à l'heure actuelle dans cette région, une nette substitution des femmes aux hommes

dans la prise en charge de l'éducation des enfants. Néanmoins, les conditions préalables à cette évolution semblent en place et la baisse des revenus agricoles, qui est une réalité, justifie que soit considérée avec attention l'évolution corrélative du partage des rôles entre hommes et femmes en matière d'éducation des enfants.

Ces différents éléments montrent l'importance d'une analyse approfondie, non seulement des facteurs culturels pouvant influencer les comportements de santé, mais également des facteurs familiaux et économiques, comme éléments susceptibles de conférer aux femmes, une certaine autonomie tant au niveau de la décision mais aussi financière, leur procurant une plus grande marge de manoeuvre dans la gestion des problèmes de leur enfants.

■ Les comportements de santé des femmes à différents moments de leur vie féconde

Les stratégies des femmes pour soigner leurs enfants ont montré une pluralité de recours thérapeutiques. Quelles stratégies adoptent-elles quand il s'agit de leur propre santé ?

La morbidité maternelle et les recours thérapeutiques

Les principaux symptômes des maladies déclarés par les femmes sont la fièvre, seule ou associée à d'autres symptômes, les diarrhées, les maux de tête, la fatigue et les vertiges ainsi que les maux de ventre. À Memni-Montezo comme à Sassandra, la consultation dans des centres de santé est prépondérante. Elle est cependant plus fréquente en pays akyé. Ce qui distingue ces deux régions au niveau thérapeutique (comme nous l'avions mentionné pour les soins aux enfants) c'est, d'une part, l'importance des soins

dans la famille à Sassandra et, d'autre part, la plus forte fréquentation des thérapeutes traditionnels à Memni-Montézo (tableau 5). Les femmes combinent aussi, pour leurs propres soins, les deux alternatives thérapeutiques. Cette association de soins de types traditionnel et biomédical est plus répandue que lorsqu'il s'agit des soins aux enfants.

Type de recours	Dernière maladie des femmes		Pendant la grossesse	
	M.-M.	Sassandra	M.-M.	Sassandra
Personne consultée				
- Personnel de santé	61	57	70	55
- Tradipraticien, famille dont famille seulement	15 0	35 30	7 3	39 33
Personnel de santé + Tradipraticien et famille	24	8	22	6
Mode de soin				
- moderne	63	63	70	55
- traditionnel	14	8	18	39
- moderne + traditionnel	23	29	12	6
Effectif	472	388	27	36

Tableau 5

Recours thérapeutiques pratiqués par les femmes (de 15 à 49 ans) pour se soigner lors de la dernière maladie contractée, pendant la grossesse à Memni-Montézo (M.M) en 1986 et Sassandra en 1988 (en %).

Des recours thérapeutiques variables selon différents moments de la vie féconde

Selon la période de leur vie féconde, les femmes ne réagissent pas de façon identique quand la maladie survient. Les soins de type traditionnel seuls sont plus souvent utilisés pendant la grossesse que pour la dernière maladie à Sassandra, alors qu'en pays akyé, le recours aux soins biomédicaux est plus fréquent en période prénatale. En revanche, les femmes du pays akyé sont nombreuses (près d'un quart) à associer soins modernes et de type traditionnels.

Cette différence de comportement pendant la grossesse est certainement due à la qualité du suivi prénatal dont bénéficient les femmes en pays akyé mais aussi à la plus grande fréquence des accouchements à la maternité. À Memni-Montezo, où 95 % des accouchements se font à la maternité, les femmes ont déclaré avoir eu en moyenne 3,8 consultations prénatales. À Sassandra, celles qui ont accouché dans une structure médicale (61 % des cas) déclarent un nombre équivalent de consultations (3,9) contre seulement 1,5 consultations pour celles qui ont accouché à domicile (35 % des cas). Les femmes qui accouchent avec une assistance médicale ont donc des comportements de suivi prénatal très proches dans les deux régions. L'accouchement hors structures médicales n'est pas uniquement lié à l'absence de maternité à proximité du lieu de résidence. En effet, pour certaines femmes, l'accouchement à la maternité est inconcevable car il ne permet pas le respect des coutumes et cérémonies qui entourent la naissance. Ainsi, au dispensaire de Sago, un village de la sous-préfecture de Sassandra, de même qu'à la maternité de la ville de Sassandra, le personnel de santé déplore des cas de femmes, qui en dépit d'un suivi régulier de leur grossesse, préfèrent accoucher chez elles ou auprès d'un thérapeute traditionnel afin de pouvoir effectuer les rituels souhaités.

En cas de maladie liée à une stérilité primaire ou secondaire, les recours thérapeutiques changent également renvoyant aux perceptions que les femmes se font de ce type de maladie. Ainsi en pays akyé, le recours conjoint aux soins moderne et traditionnel domine (50 %), les soins exclusivement de type moderne ne représentant que seulement 43 % des cas : pourtant le dispensaire organisait des consultations médicales spécifiques pour les femmes souffrant de ces problèmes. Les causes attribuées à la stérilité, considérée parfois comme une maladie provoquée, expliquent ce changement de comportement des femmes qui, confrontées à ce problème vont chercher non seulement à soigner les manifestations cliniques de cette maladie mais aussi à en expliquer la cause. À Sassandra, les femmes interrogées sur la conduite à adopter en cas de difficultés pour avoir des enfants, citent autant la consultation au dispensaire que les guérisseurs et les devins.

Ces différences de comportements thérapeutiques pour soigner les maladies à différents moments du cycle de vie renvoient davantage

à une certaine conception de la maladie qu'à l'environnement sanitaire. En cas de stérilité, notamment, la cause invoquée n'est généralement pas naturelle et nécessite une interprétation causale. Ceci explique l'important recours aux devins et guérisseurs pour lutter contre la stérilité (sans pour autant exclure un recours au dispensaire pour en soigner les symptômes). Ces comportements montrent également l'intérêt de mener des études complémentaires sur les représentations de la fécondité pour mieux comprendre ces comportements relatifs à la stérilité.

Conclusion

Les éléments de réflexion sur les approches méthodologiques de la santé de la reproduction et l'analyse de quelques résultats issus des différentes enquêtes, révèlent la nécessité d'aborder ces questions par des études qualitatives et quantitatives. Il est important, en effet, de disposer d'indices qui permettent de mesurer les niveaux et l'intensité de certains phénomènes (fécondité, morbidité, mortalité...), mais aussi de comprendre les logiques à l'origine de ces phénomènes. Il convient pour cela de resituer les événements dans le contexte global du fonctionnement des sociétés.

Ainsi, les questions relatives à la santé de la reproduction renvoient-elles à une multiplicité de facteurs en interrelation les uns avec les autres (culturels, économiques, environnementaux...) qui ne peuvent être abordés que par des observations fines de la société. L'émergence de comportements novateurs ne se traduit pas nécessairement par un bouleversement de tendances globales, décelables à un niveau général. Ils sont parfois identifiés sur des populations spécifiques qui peuvent constituer les éléments moteurs du changement. Certaines pratiques peuvent donc paraître atypiques, mais être le signe précurseur d'une modification de comportements.

L'approche pluridisciplinaire des thèmes relatifs à la santé maternelle et infantile et plus largement à la santé de la reproduction est nécessaire tant au niveau des méthodes d'observation et de collecte qu'au niveau des méthodes d'analyses.

Bibliographie

- AUGÉ M., HERZLICH C., 1983 – *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Ed. Des Archives Contemporaines, (Collections Ordres Sociaux), Paris.
- BONNET D., 1986 – *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*. ORSTOM, Ouagadougou, 64 p. multigr.
- BONNET D., 1988 – *Corps biologique, corps social. Procréation et maladie de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*. ORSTOM, Paris, 1988, 138 p.
- CASTLE S. E., 1995 – Child fostering and children's nutritional outcomes in rural Mali : the role of female status in directing child transfers. *Social Sciences and Medicine*, 40, 5, 679 - 693.
- DOAN R. M., BISHARAT L., (1990), Female autonomy and child nutritional status : the extended-family residential unit in Amman, Jordan. *Social Science and Medicine*, 1990, Vol 31, n° 7, pp. 783 – 789.
- FAINZANG S., 1988 – *L'intérieur des choses*. l'Harmattan, Paris, 204 p.
- FATHALLA M.F., 1992 – « Reproductive health in the World : two decades of progress and the challenge ahead ». In Khanna (J.), Van Look (P.F.A), Griffin (P.D.) (éds). *Reproductive health : a key to a brighter future, Biennial report 1990 - 1991, Special 20th anniversary issue*, World Health Organisation, Geneva : 3 – 31.
- GUILLAUME A., VIMARD P., 1990 – « Santé de la mère et de l'enfant et dynamique familiale à Sassandra ». *Études et recherches n° 20*, ENSEA, Abidjan, 1990, 97 p.
- OUEDRAOGO C., 1994 – Éducation de la mère et soins aux enfants à Ouagadougou. *Les dossiers du CEPED n°27*, CEPED, Paris, 1994, 37 p.
- REY S., 1989 – "Entre avec la fraîcheur dans la maison". *Schéma de reproduction et de santé, évolution du statut des femmes et transformations des milieux en pays Moba-Gurma (Nord Togo)*, Thèse de doctorat, Université de Provence, 300 p. + annexes.