

MORBIDITÉ, COMPORTEMENTS THÉRAPEUTIQUES ET MORTALITÉ À SASSANDRA

AGNÈS GUILLAUME, N'GUESSAN KASSI
ET N'GUESSAN KOFFI

INTRODUCTION

En Côte-d'Ivoire comme dans de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne, l'état de santé des populations est préoccupant, puisque les niveaux de morbidité et mortalité sont élevés, en particulier chez les enfants en bas âges. Plusieurs éléments contribuent à la détermination de cet état de santé : l'environnement physique, sanitaire, socio-économique des populations et les comportements en matière d'hygiène, d'alimentation et de santé (ROUGEMONT, 1992).

L'environnement socio-économique des populations constitue un déterminant important de l'état sanitaire. Ainsi, la gestion de la maladie et plus globalement l'état de santé de la population dépendent largement de la condition économique des ménages : le niveau de vie et le revenu des ménages vont déterminer leurs capacités à mobiliser des ressources pour les dépenses allouées à la santé mais aussi les conditions d'alimentation et d'hygiène, facteurs très influents sur la santé. Le niveau d'éducation des populations, en particulier celui des femmes responsables des soins aux jeunes enfants, a un impact important sur la compréhension des messages sanitaires et la capacité à gérer les problèmes de santé. L'entourage familial conditionne aussi les choix thérapeutiques à opérer pour les membres du ménage en fonction des pathologies rencontrées : ainsi les aînés sont fréquemment consultés dans les décisions à prendre en matière de soins (DOAN et BISHARAT, 1990). Des facteurs d'ordre culturel favorisent également certaines options thérapeutiques : le type de maladie, la nécessité d'en expliquer la cause amèneront à des recours thérapeutiques spécifiques ; de même le degré d'intégration dans la société et la connaissance de la pharmacopée locale influent sur ces choix.

Les conditions d'hygiène et l'alimentation influencent aussi l'état de santé : insuffisance caloriques ou protéiques de certains aliments, mauvaise qualité de l'eau de boisson, présence des déchets et d'ordures ménagères contribuent au développement de certaines maladies.

Tous ces facteurs vont avoir, à des degrés variés, des effets déterminants sur l'état de santé dont nous tenterons, tant au travers des résultats de nos différentes enquêtes que de l'analyse des statistiques sanitaires, de mesurer l'importance.

ENVIRONNEMENT SANITAIRE ET CONDITION DE VIE DES MÉNAGES

Les infrastructures sanitaires de la région

Le développement des infrastructures dans la région de Sassandra est resté pendant longtemps très limité à cause de l'enclavement de cette région. La situation s'est améliorée ces dernières années avec la construction de la route côtière reliant la ville de Sassandra à Abidjan, et l'amélioration de l'approvisionnement en eau.

La sous-préfecture de Sassandra bénéficie aujourd'hui d'une couverture sanitaire très variable selon les zones. La ville de Sassandra a été pourvue très tôt en infrastructures sanitaires puisque l'hôpital a été construit pendant la période coloniale. Outre différents services de médecine, l'hôpital possède une maternité, avec trois sages-femmes qui reçoivent les femmes de la ville et des villages avoisinant, le nombre de maternité étant réduit dans l'ensemble de la sous-préfecture.

La base du secteur de santé rurale située à Sassandra gère les personnels et centres de santé des sous-préfectures de Sassandra et Gueyo, outre ceux du département de Soubré. Son personnel se compose de deux médecins, 26 infirmiers, six sages-femmes et quatre matrones. Cette structure assure la formation des personnels des différents centres de santé ainsi que des agents de santé communautaires. Des antennes mobiles interviennent dans les zones enclavées pour procéder aux vaccinations et à des campagnes d'information et de sensibilisation.

Pour la sous-préfecture de Sassandra, le secteur couvre les centres de santé de : Niégroboué, Niapidou, Adebem qui fonctionnent avec un infirmier et une matrone, de Sago et Grand-Drewin avec un infirmier et une sage-femme, ainsi que les dispensaires des villages de Dakpadou, Safa-Manois où sont affectés un infirmier et une matrone, et celui de Gnago avec un infirmier. À Bolo, le dispensaire dépend de la Palmindustrie et bénéficie des services d'un infirmier et d'une matrone. Le dispensaire de Kokolopozo est

actuellement fermé et à Sahoua l'ouverture du dispensaire dépend de l'affectation d'un infirmier.

L'implantation des centres de santé est donc très dispersée, laissant apparaître de grandes zones de silence médical qui sont couvertes uniquement par les interventions des équipes mobiles de la base du secteur de santé rurale.

Les populations pour se soigner recourent aussi à la médecine traditionnelle avec des soins dispensés par la famille ou des thérapeutes traditionnels. Les soins dans la famille reposent soit sur la pharmacopée traditionnelle ou l'automédication par produits pharmaceutiques ; automédication qui dépend des possibilités d'approvisionnement en médicaments, souvent limitées, dans les zones éloignées, à la vente sur le marché ou par des colporteurs. L'utilisation de la pharmacopée locale est fréquente chez les populations autochtones et son savoir se transmet de génération en génération. À ces alternatives s'ajoute la consultation des thérapeutes, guérisseurs, prophètes et devins, qui traitent un certain nombre de pathologies en cherchant le plus souvent à en expliquer les causes et à soigner les symptômes. Leurs soins reposent sur des préparations à base de plantes et des pratiques d'inspiration religieuse.

Les conditions de vie des ménages

Une grande disparité apparaît au niveau de l'habitat et de leur équipement entre la ville de Sassandra, le village de Bolo et les autres villages (1). Le village de Bolo est dans une situation particulière puisqu'il a été construit entièrement par la Palmindustrie avec des infrastructures assez développées : il s'agit d'un habitat en bande construit en dur où presque tous les logements (94 %) bénéficient d'un approvisionnement en eau courante ou provenant de bornes collectives, et de l'électricité. Dans la ville de Sassandra, l'habitat est plus varié avec un peu plus de la moitié des maisons construites en dur, et un quart avec des matériaux plus sommaires (planche et tôle), les toits sont généralement en tôle ou planche (94 %). Au niveau sanitaire, 6 % des logements ne disposent pas de W.-C. et 2 % de douche. À cette date, seulement un quart de la population était raccordée au réseau d'alimentation en eau de la SODECI, l'approvisionnement se faisant essentiellement par des puits collectifs, par contre la moitié des habitations étaient reliées au réseau électrique.

Dans les villages, l'habitat est essentiellement en banco et peu nombreux sont les logements qui disposent d'équipements sanitaires : deux-tiers des logements n'ont pas de W.-C., et plus d'un quart n'ont pas de douches.

1. La plupart des informations sur les conditions de vie de la population sont issues d'une enquête réalisée en 1989, mais peu de choses ont changé depuis cette date.

L'alimentation en eau provient essentiellement de puits collectifs (59 %) ou individuels (15 %) et 23 % des ménages s'approvisionnent par des fontaines collectives.

Quel que soit le lieu de résidence, l'évacuation des eaux se fait à proximité des logements dans la cour ou hors de la cour : ces eaux stagnantes contribuent à la prolifération des maladies, notamment au développement des anophèles, vecteurs du paludisme.

Les modes d'approvisionnement en eau n'assurent pas, dans l'ensemble, une bonne qualité de l'eau, ce qui est la cause de certaines maladies en particulier les affections diarrhéiques.

L'ANALYSE DE LA MORBIDITÉ

L'étude de la morbidité est menée ici à partir de deux séries de résultats : d'une part ceux fournis par les statistiques sanitaires diffusées par l'Institut national de santé publique (INSP) d'Abidjan, et d'autre part ceux provenant de nos enquêtes concernant la santé maternelle et infantile.

Les statistiques sanitaires

Les centres de santé établissent mensuellement des registres décrivant leur activité, en particulier les états morbides déclarés lors de chaque consultation. Ces registres ne fournissent pas d'information sur le profil détaillé des consultants ni sur leur origine géographique, mais uniquement une répartition par grand groupe d'âges et par sexe. Il est donc difficile de mettre ces données en relation avec la population de référence. Ces données sont centralisées et analysées ensuite par l'Institut national de santé publique.

Nous avons analysé ces données pour les années 1990 et 1991 pour certains centres de santé de la sous-préfecture de Sassandra (tableau 1). Il n'est pas possible de mesurer l'évolution dans l'activité de ces centres pour les deux années car la complétude des informations n'est pas identique : les séries mensuelles ne sont pas toutes complètes pour chaque centre.

Une constante apparaît pour ces deux années, l'importance des maladies infectieuses et parasitaires qui représentent un quart et 28 % des motifs de consultation durant ces deux années : le paludisme étant la plus fréquente de ces maladies (16 à 18 % des consultations). Les dysenteries et diarrhées ainsi que les diarrhées aiguës non fébriles apparaissent également parmi les principaux motifs de consultations (7 %), ainsi que les affections respiratoires et toux (8 %). Parmi les autres pathologies citées, les maladies de peau et les problèmes de nature traumatologique ou les intoxications sont les plus fréquents. Un certain nombre de pathologies telles les maladies du système

Tableau 1. Principaux états morbides déclarés par les formations sanitaires en 1990 et 1991 par le secteur de Sassandra pour la sous-préfecture de Sassandra (en %).

États morbides	1990		1991	
	Eff.	%	Eff.	%
Dysenterie et diarrhée (I1 + 2)	700	3	667	3
Varicelle (I5)	49	0	42	0
Rougeole simple et compliquée (I6 + 7)	22	0	21	0
Paludisme probable (I9)	3 566	16	3 553	18
Pian (primaire, récent, contagieux, non précisé, I10 + 11)	378	2	343	2
Mycoses cutanées, teigne (I12)	183	1	185	1
Ascariadiase clinique (I14)	443	2	630	3
Autres maladies infectieuses ou parasitaires (I3, I4, I8, I13, I15)	116	1	138	1
Tumeurs (T1 + 2)	11	0	6	0
Maladies de la nutrition (N1 à N5)	176	1	191	1
Maladies du sang (H1 à H3)	157	1	178	1
Maladies mentales (M1 à M3)	10	0	8	0
Maladies du système nerveux et des sens (S1 à S7)	816	4	594	3
Affections cardio-vasculaires (V1 à V3)	104	0	132	1
Maladies de l'appareil respiratoire (R1 à R8)	933	4	1 040	5
Diarrhées aiguës non fébriles (D8)	865	4	768	4
Autres maladies de l'appareil digestif (D1 à D7, D9 à D11)	872	4	852	4
Maladies de l'appareil uro-génital (U1 à U8)	933	4	1 075	5
Maladies de la grossesse, l'accouchement (G1 à G10)	487	2	691	3
Maladies de la peau (C1 à C9)	2 553	11	2 109	10
Maladies de l'appareil locomoteur (L1 à L7)	1 230	5	908	4
Malformation congénitale et maladies périnatales (X, P1 à P6)	34	0	26	0
Fièvres (Y3)	1 250	5	945	5
Céphalées (Y10)	857	4	652	3
Toux aiguë ou banale (Y13)	869	4	584	3
Autres états mal définis (Y1 à Y21 sauf Y3, Y10, Y13)	2 786	12	2 290	11
Traumatologie et intoxications (E1 à E9)	2 480	11	1 566	8
Total	22 880	100	20 194	100

Source: Statistiques sanitaires de l'INSP, 1990, 1991 pour le Secteur de Santé Rurale de Sassandra. Nous n'avons retenu que les statistiques des dispensaires pour lesquels les deux années étaient disponibles: c'est-à-dire la base du secteur et les centres de santé ou dispensaires de Dakpadou, Gnago, Niégroboué, Sago.

nerveux, de l'appareil uro-génital, les autres maladies de l'appareil digestif, les fièvres, les céphalées représentent environ 4% des motifs de consultations. On note également l'importance des états mal définis, due à l'absence de moyens de diagnostic dans certains centres. Ces résultats sont conformes à ceux enregistrés sur l'ensemble de la Côte-d'Ivoire puisque, Yapo (1992) a pu noter que « la demande de soins enregistrée dans les formations sanitaires de base au cours des dernières années comprend environ 20% de paludisme, 6% de diarrhées, 8 à 9% d'affections respiratoires, des proportions relativement faibles de maladies du PEV, de pian, de dracunculose, et d'ascaridiases ».

Il aurait été intéressant de pouvoir mener cette analyse par âge, pour mieux apprécier le poids de certaines maladies infantiles dans les motifs de consultation (notamment les maladies couvertes par le programme élargi de vaccination afin d'en mesurer l'efficacité), mais ces données ne sont pas disponibles.

Les états morbides déclarés par les femmes lors des enquêtes

La déclaration des problèmes de santé révèle la perception que les populations ont de la maladie. Nous avons, lors de nos différentes enquêtes, interrogé les femmes sur les maladies qu'elles, ou leurs enfants en bas âge, ont eues durant la dernière année en précisant chaque fois : le nom donné à cette maladie et ses symptômes, ainsi que les itinéraires thérapeutiques pratiqués, la prise de décision concernant ces soins et les coûts de traitement. Ce type de question amène souvent à une tendance à la surestimation des épisodes de maladies qui ont nécessité la consultation dans les structures sanitaires.

Les principaux symptômes les concernant sont la fièvre seule ou associée à d'autres symptômes tels les maux de tête et vomissements..., les diarrhées, les maux de tête, la fatigue, les vertiges ainsi que les maux de ventre. Pour les enfants, les motifs dominants sont les diarrhées, environ un tiers des problèmes de santé évoqués, et les affections respiratoires, puis les fièvres seules ou associées à d'autres symptômes qui recouvrent bien souvent des accès palustres (tableau 2). Les pathologies déclarées par les femmes recouvrent largement les principaux motifs de consultations avec des déclarations moins précises dans leur identification.

Les maladies diarrhéiques sont donc la principale cause de morbidité des enfants, et l'on a pu constater, lors de l'enquête menée en 1989 (2) auprès

2. Une 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.

Tableau 2. Principales causes de morbidité déclarées pour les enfants de moins de cinq ans (en %)

Causes de morbidité	Enfant de moins d'un an	Enfant de 1 à 4 ans
Diarrhée	36	31
Affections respiratoires	11	7
Maux de tête	0	1
Fièvre + maux de tête	4	1
Fièvre seule ou associée à d'autres symptômes	36	36
Autre	14	25

Source: enquête 1991.

d'un sous-échantillon de femmes que pour ce type de problème, les mères recourent surtout aux soins de type traditionnel dans la famille ou en consultant des thérapeutes ; par contre la solution de réhydratation orale (SRO) n'est pas utilisée. Cette SRO est peu connue des femmes puisqu'à cette date deux tiers d'entre elles déclarent ne pas savoir ce que c'est, et pour la minorité qui en connaît l'existence, seulement 60 % l'ont déjà utilisée. 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 et pour les boissons conseillés ou déconseillés. Il apparaît donc important de poursuivre les campagnes de sensibilisation concernant ces maladies.

COMPORTEMENTS THÉRAPEUTIQUES : PARCOURS ET PRISE DE DÉCISION

Les comportements thérapeutiques dépendent de plusieurs facteurs : l'environnement sanitaire conditionne les comportements thérapeutiques ainsi que les conditions réelles de fonctionnement des structures sanitaires ; l'environnement familial des femmes intervient également dans ces choix car elles n'ont pas toujours le monopole de la décision, ni les moyens financiers pour assumer les coûts des consultations ; leur degré d'intégration dans la société est également un élément qui peut déterminer ces choix.

Les recours thérapeutiques pratiqués

Nous aborderons les recours thérapeutiques pratiqués par les femmes pour leurs propres soins mais aussi pour soigner leurs enfants en bas âge.

Lors de l'enquête menée en 1988, nous avons interrogé les femmes sur leurs comportements lors de la dernière maladie qu'elles ont eue et lors de celle pendant la grossesse. Deux types de recours ont été mis en évidence : les recours de type moderne consistant en une visite à une structure de type biomédical, et ceux de type traditionnel qui recouvrent des soins dispensés par la famille ou la consultation d'un thérapeute traditionnel (tableau 3).

Tableau 3. Recours thérapeutiques pratiqués par les femmes (de 15 à 49 ans) pour se soigner lors de la dernière maladie contractée ou pendant la grossesse, Sassandra en 1988 et Memni-Montezo en 1986 (en %).

Type de recours	Sassandra		Memni Montezo	
	Dernière maladie	Pendant la grossesse	Dernière maladie	Pendant la grossesse
<i>Personne consultée</i>				
- Personnel de santé (1)	57	55	61	70
- Tradipraticien, famille (2)	35	39	15	7
dont famille seulement	30	33	0	3
- 1 + 2	8	6	24	22
Total	100	100	100	100
<i>Mode de soin</i>				
- moderne	63	55	63	70
- traditionnel	8	39	14	18
- moderne + traditionnel	29	6	23	12
Total	100	100	100	100
Effectif	388	36	472	27

Cette analyse des recours thérapeutiques montre une diversité des comportements de la part des femmes. Leur choix se porte essentiellement sur la consultation de personnels du secteur biomédical, mais elles associent assez fréquemment ces recours à des soins par la famille ou à la consultation de thérapeutes traditionnels. On constate à Sassandra l'importance des thérapies familiales, près d'un tiers des pratiques, ce qui distingue cette région du pays akyé où les soins traditionnels reposent plus sur la consultation de tradipraticiens. À Sassandra, la période prénatale n'amène pas une fréquentation plus importante des centres de santé au contraire (55 % au lieu de 57 %). Ainsi le suivi prénatal n'est pas très important et en corollaire seulement 61 % des accouchements ont eu lieu dans une structure médicale : les femmes qui ont accouché à domicile ont eu en moyenne 1.5 visites prénatales et celles qui ont accouché dans un centre en ont eu 3.9 consultations pendant leur grossesse.

Le suivi prénatal constitue pour les femmes un moyen d'obtenir un carnet de santé qu'elles pensent indispensable pour pouvoir ensuite faire suivre et vacciner leurs enfants. Il semble que ce soit plus le suivi de l'enfant que celui de la grossesse qui leur semble important.

Les femmes justifient l'absence de suivi prénatal par l'éloignement des centres de santé (70 %), les coûts des consultations (15 %) et l'habitude ou la coutume (8 %) ; des raisons identiques sont mentionnées pour l'absence de suivi postnatal pour laquelle elles mentionnent aussi leur activité économique comme obstacle à la fréquentation de ces centres.

Lorsque l'on analyse les comportements adoptés pour soigner leurs enfants, les stratégies adoptées sont différentes. Nous les avons analysées en détail à partir des résultats de l'enquête menée en 1991 où un état morbide a été déclaré pour 373 enfants de moins de cinq ans (tableau 4).

Tableau 4. Comportements thérapeutiques des femmes envers les enfants de moins de 5 ans, lors du dernier épisode morbide au cours des douze derniers mois (Sassandra 1991).

	%	Effectif
<i>Personne consultée *</i>		
– structure biomédicale	64,4	240
– famille	30,0	112
– thérapeute traditionnel	5,6	21
<i>Type de traitement</i>		
– moderne	62,2	232
– automédication moderne	7,2	27
– traditionnel	25,5	95
– traditionnel + moderne	5,1	19
<i>Décision des soins</i>		
– femme	51,8	193
– père de l'enfant	43,4	162
– autre	4,8	18
<i>Paiement des soins</i>		
– gratuit	36,7	137
– femme	7,2	27
– père de l'enfant	53,9	201
– autre	2,1	8
Ensemble	100	373

(*) 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 ».

Pour les soins aux enfants, les femmes s'adressent plus volontiers au personnel médical (près de deux tiers des recours), mais les soins dans la famille restent pratique courante (30 % des recours). Ces soins familiaux sont basés sur l'utilisation de la pharmacopée locale, ou sur un traitement par automédication de type moderne (7 %). Certaines femmes associent également des traitements de type moderne et traditionnel (5 % des cas). À ce propos une femme de Sago, nous a déclaré : « C'est pour avoir une meilleure santé, je fais les deux en même temps, parce que des fois tu vas compter sur l'hôpital, l'enfant va guérir mais très tardivement, alors que si tu fais les deux en même temps c'est un peu rapide ». Ce recours aux traitements traditionnels puis modernes peut être parfois dû également à un manque d'efficacité du premier ou à une aggravation de l'état de santé du malade.

Le recours aux structures biomédicales est, bien sûr, facilité par leur proximité. Ainsi à Bolo et dans la ville de Sassandra, ce type de soins est le recours le plus fréquent (80 et 90 % des déclarations). Par contre, bien que le village de Sago soit doté d'un centre de santé, les femmes utilisent moins souvent les services des personnels de santé (58 % des cas) pour recourir plus fréquemment aux thérapies familiales (36 %) ; dans les autres villages, les niveaux de fréquentation des structures sanitaires et des soins dans la famille sont proches (49 et 45 %).

La seule présence d'un centre de santé n'explique pas toujours les choix thérapeutiques et d'autres paramètres entrent en jeu, notamment leurs conditions de fonctionnement : l'accueil du personnel, l'attente et surtout la disponibilité en médicaments. Ainsi lors d'entretiens avec les villageois, beaucoup se plaignent de l'absence de médicaments ainsi que du coût des ordonnances prescrites. Ce problème de paiement des ordonnances se pose de façon encore plus aiguë dans les villages où il n'y a pas de dépôt de pharmacie et pour lesquels aux coûts des prescriptions se greffent les coûts de transport. Mais les conditions de vie des femmes influent également sur leurs comportements.

Des parcours thérapeutiques variables selon le statut des femmes

Différentes études menées au Congo et en Jordanie montrent les relations existantes entre l'état nutritionnel de l'enfant et le degré d'autonomie des femmes (DOAN et BISHARAT, 1990), mais aussi entre cet état et l'absence d'un statut matrimonial affirmé (GRUÉNAIS et DELPEUCH, 1992). Nous nous sommes intéressés aux comportements de santé adoptés par les femmes selon leur statut dans le ménage : nous entendons par statut à la fois leur position dans le ménage (lien de parenté avec le chef de ménage, présence, type d'union), mais également, leur profil socio-économique (scolarisation, acti-

tivité économique), leur intégration à la société locale (ethnie...) ainsi que des caractéristiques démographiques.

Selon le statut matrimonial des femmes, leurs comportements de santé ne sont pas identiques (tableau 5). Les femmes célibataires utilisent davantage les soins de type traditionnel, en particulier ceux dans la famille, que celles en union au moment de l'enquête ; pour celles-ci les comportements sont également variables selon qu'elles sont en union monogame ou polygame, ces dernières utilisent beaucoup plus les thérapies de type traditionnel. Ces comportements divergents ne dépendent peut-être pas uniquement du statut matrimonial des femmes, mais aussi de leur niveau socio-économique et de celui de leur conjoint. Ces différences par rapport aux soins ne se manifestent pas uniquement au niveau des comportements mais concernent également la prise de décision. Les choix thérapeutiques sont faits en majeure partie par les femmes (dans 52 % des cas), mais les pères des enfants interviennent aussi fréquemment dans ces décisions (43 % des décisions), et une autre personne dans 5 % des cas. Par contre, dans le cas des femmes célibataires, si elles décident dans plus de deux-tiers des cas des options thérapeutiques, ces décisions sont prises à part égales par le père des enfants ou une autre personne. Dans le cas des femmes mariées, quel que soit le type de leur union, la décision est prise dans 48 % par le père et dans environ la moitié des cas par les femmes. Ces comportements différentiels selon l'état matrimonial des femmes sont dus en grande partie au manque d'indépendance financière des femmes célibataires, qui les amènent à s'orienter surtout vers des soins dans la famille, mais dépendent aussi de l'influence des parents sur les choix. Ainsi nous avons pu constater que, lorsqu'il y a corésidence avec les aînés, les soins familiaux sont beaucoup plus fréquents et en conséquence le recours aux consultations de type biomédical moindre. On mesure donc l'importance de la présence des parents sur les comportements de santé.

Les comportements adoptés par les femmes sont variables selon leur origine. Ainsi les femmes allochtones et étrangères choisissent surtout la médecine moderne pour soigner leurs enfants (plus de 60 % des recours), en particulier celles originaires du Burkina (71 % des choix) ; les proportions de soins dans la famille sont identiques quelle que soit l'origine, mais par contre les autochtones fréquentent beaucoup plus les thérapeutes traditionnels. Des différences apparaissent au niveau de la prise de décision de ces soins. Si plus des trois quart des femmes autochtones (77 %) choisissent elles-mêmes le mode de soins pour leurs enfants, moins de la moitié des femmes allochtones ou étrangères bénéficient de ce pouvoir de décision. Ces différences sont en partie dues au degré d'intégration dans la société : ainsi les femmes autochtones accordent-elles plus de crédit aux thérapeutes traditionnels, dont elles connaissent bien les pratiques, que les femmes non origi-

Tableau 5. Personne consultée pour les soins selon certaines variables socio-économiques et démographiques (en %).

Variables	Moderne	Famille	Traditionnelle	Effectif
<i>Unité peuplement</i>				
Sassandra	80	14	7	59
Bolo	90	6	4	78
Sago	58	36	6	84
Autres villages	49	45	6	152
<i>Origine</i>				
Autochtone ivoirien	57	29	14	44
Allochtone ivoirien	64	31	6	160
Etranger	60	32	8	63
Burkinabé	71	28	1	106
<i>Etat matrimonial</i>				
Célibataire	50	37	12	40
Mônogame	69	29	3	217
Polygame	59	32	9	106
Veuve, divorcée	80	10	10	10
<i>Lien de parenté</i>				
Chef de ménage	40	60	0	5
Epouse	66	29	5	298
Fille	56	26	18	34
Petite-fille, nièce	70	30	0	10
Sœur, bru	60	40	0	25
<i>Présence des aînés *</i>				
Oui	56	30	14	64
Non	66	30	4	309
<i>Dernière classe</i>				
Pas scolarisée	64	31	5	268
Niveau primaire	63	28	9	79
Secondaire et +	74	22	4	23
<i>Activité professionnelle</i>				
Agriculture	52	45	3	159
Commerce, artisanat	73	24	4	55
Ménagère	74	18	8	147
Autre	80	10	10	10
<i>Statut dans activité</i>				
Indépendant	76	17	6	47
Aide-familiale	55	40	5	221
Autre	79	15	6	105
<i>Age actuel</i>				
15-19 ans	63	34	3	32
20-24 ans	57	36	7	72
25-29 ans	68	24	7	123
30-34 ans	56	36	8	80
35-39 ans	73	27	0	44
40 ans et plus	73	27	0	22
<i>Nombre enfants</i>				
1-2	66	27	7	131
3-4	67	30	3	96
5 et plus	60	34	6	143
Ensemble	64	30	6	373

(*) Il s'agit des parents, beaux-parents ou grand-parents de la femme interrogée ou des parents du chef de ménage.

naires qui étant en grande majorité mariées sont plus dépendantes de l'avis de leurs conjoints.

Le niveau de scolarisation des femmes est souvent considéré comme un déterminant des comportements de fécondité et de santé. Ainsi pour la scolarisation « les avantages le plus souvent mis en avant sont la diminution de la mortalité infantile, la réduction de la fécondité, une meilleure utilisation des services de santé et une amélioration du statut socio-économique » (OUEDRAOGO, 1994). Dans la sous-préfecture de Sassandra, tout comme dans les autres zones rurales de Côte-d'Ivoire, le niveau de scolarisation est très faible : ainsi près des trois quart des femmes n'ont pas été scolarisées (74 %), 18 % ont suivi un cursus dans l'enseignement primaire (parfois incomplet) et seulement 8 % ont dépassé ce stade du primaire. L'effet de la scolarisation sur l'adoption de soins de type biomédical ne joue qu'à partir d'un niveau d'instruction égal ou plus élevé que le niveau secondaire puisque 74 % des femmes de ce niveau scolaire fréquentent ces structures. Par contre deux fois plus de femmes scolarisées dans le primaire que de femmes non scolarisées recourent aux soins de thérapeutes traditionnels, constatation, également faite au Burkina auprès de femmes résidant à Ouagadougou. Cette préférence pour la médecine traditionnelle ne signifie pas pour autant une absence de prise de conscience des problèmes de santé, mais que ce recours peut être légitime pour elles dans la mesure où ce type de médecine est considéré comme très efficace pour certaines pathologies et que, les structures sanitaires, surtout dans ces périodes de crise, ne répondent pas toujours aux attentes de la population.

L'influence de l'activité économique des femmes sur leurs comportements en matière de santé est primordiale car elle peut leur conférer un certain niveau de revenu, leur permettant une autonomie de décision.

Les femmes dans la sous-préfecture de Sassandra exercent principalement leur activité dans l'agriculture essentiellement en tant qu'aide-familiale. Certainement à cause de leur connaissance et de leur facilité d'accès à la pharmacopée locale, les agricultrices sont nombreuses à recourir aux soins dans la famille. Pour celles qui exercent d'autres activités, l'adhésion à la médecine moderne est la règle plus générale. Leur degré d'autonomie de décision est très lié à leur situation économique : les femmes les plus autonomes sont les commerçantes et les artisanes. Par contre les ménagères, qui ne disposent d'aucun revenu propre, s'en remettent surtout à leur mari.

Au fil des âges, les femmes ne réagissent pas de façon similaire pour soigner leurs enfants. Ainsi les jeunes femmes (de moins de 20 ans) fréquentent assidûment le dispensaire mais sollicitent aussi beaucoup leur famille :

ce comportement peut s'expliquer par l'influence de leurs parents puisque dans 13 % des cas c'est un membre de la famille qui choisit ce recours.

Les femmes plus âgées (de plus de 35 ans) ne confient pas leurs enfants aux soins des thérapeutes traditionnels, mais par contre préfèrent de beaucoup consulter les centres de santé et dans une moindre mesure les soigner dans la famille. Par contre celles des groupes d'âges intermédiaires (20-24 ans et 30-34 ans) ont des comportements proches avec un recours relativement plus faible aux personnels de santé et une part importante de soins dans la famille.

L'expérience d'une descendance nombreuse, par la pratique qu'elle leur confère, incite les femmes à utiliser davantage les thérapies familiales puisqu'un tiers d'entre elles y recourent. Ces femmes ont d'ailleurs une plus grande autonomie de décision que celles de plus faible parité.

À travers l'analyse succincte de ces différentes variables, se mesure l'influence des paramètres qui déterminent les comportements de santé. Les relations constatées ici ne vont pas toujours dans le sens attendu ; par exemple, on aurait pu penser que les femmes les plus jeunes utiliseraient davantage les services des centres de santé, de même que les femmes autochtones... Il importe également de prendre en compte un autre facteur déterminant important, celui de l'état des connaissances en matière de santé.

ÉLÉMENTS DE CONNAISSANCE EN MATIÈRE DE SANTÉ

Parmi les facteurs explicatifs des comportements de santé, la connaissance de certains problèmes de santé, mais aussi l'assimilation des messages diffusés sont des déterminants importants. Ces sujets ont été abordés en 1991 lors de l'enquête menée auprès des femmes. Une dizaine de questions leur ont été posées sur la prévention et le traitement de certaines maladies prévalentes dans la région, mais aussi sur des notions d'hygiène. Elles concernaient plus spécifiquement la nutrition des enfants, les moyens pour lutter contre le paludisme et la pollution des eaux domestiques, des informations sur la connaissance de la vaccination, l'utilité de la SRO et des consultations prénatales, et enfin sur le sida (connaissance et prévention de la maladie).

Ces éléments nous ont permis d'élaborer différents indices de connaissances : l'un qualifié de « général », qui prend en compte l'ensemble des réponses, un deuxième qui concerne davantage la prévention, un troisième axé sur les pratiques quotidiennes et enfin un quatrième relatif à la connaissance du sida (tableau 6). Des grandes différences dans les niveaux de connaissance de ces indicateurs apparaissent selon les caractéristiques socio-économiques des femmes portant plus spécifiquement sur un domaine de

**Tableau 6. Indicateurs moyens de santé
selon certaines variables socio-économiques.**

Variable	Général [0-12]	Prévention [0-5]	Quotidien [0-4]	Sida [0-3]	Effectif ⁽¹⁾
<i>Ethnie</i>	**	**	NS	**	
Autochtone	6,98	2,18	2,93	1,87	45
Allochtone	5,76	1,68	2,69	1,39	176
Etranger	4,72	1,22	2,72	0,78	65
Burkinabè	4,04	0,94	2,58	0,53	111
<i>État matrimonial</i>	**	NS	NS	**	
Célibataire	6,47	1,70	2,90	1,87	40
Monogame	5,31	1,48	2,70	1,14	235
Polygame	4,60	1,25	2,58	0,77	112
Veuve, divorcée	6,10	2,10	2,90	1,10	10
<i>Dernière classe</i>	**	**	**	**	
Pas scolarisée	4,40	1,03	2,58	0,79	285
Niveau primaire	7,12	2,41	2,86	1,85	86
Secondaire et +	8,70	3,09	3,43	2,17	23
<i>Activité professionnelle</i>	**	**	**	**	
Agriculture	4,05	0,86	2,43	0,76	166
Commerce, artisanat	6,00	1,82	2,66	1,52	56
Ménagère	6,10	1,86	2,95	1,29	163
Autre	6,50	2,40	2,90	1,20	10
<i>Statut dans activité</i>	**	**	**	**	
Indépendant	5,92	1,69	2,75	1,47	49
Aide-familiale	4,49	1,10	2,52	0,87	232
Autre	6,48	2,05	3,00	1,43	116
<i>Unité peuplement</i>	**	**	**	**	
Sassandra	6,76	2,46	2,62	1,68	63
Bolo	6,98	2,24	3,38	1,35	82
Sago	3,60	0,61	2,62	0,37	90
Autres villages	4,70	1,12	2,40	1,17	162
<i>Personne consultée</i>	**	**	*	*	
Structure biomédicale	5,62	1,69	2,77	1,15	240
Famille	4,37	0,92	2,48	0,95	112
Traditionnelle	6,67	2,00	3,09	1,57	21
<i>Traitement</i>	*	**	NS	NS	
Moderne	5,64	1,70	2,78	1,16	232
Automédication moderne	4,96	1,33	2,52	1,11	27
Traditionnel	4,62	1,00	2,56	1,06	95
Traditionnel et moderne	5,05	1,47	2,68	0,89	19
<i>Décision</i>	**	*	*	NS	
Mère	5,67	1,65	2,84	1,19	193
Père	4,85	1,28	2,53	1,04	162
Autre	4,81	1,10	2,55	1,12	16
Moyenne générale	5,25	1,45	2,69	1,10	397

Source: Delcroix S., Guillaume A. 1993, Différences de moyennes significatives: (**) au seuil de 1%; (*) au seuil de 5%; (NS) non significatives au seuil de 5%.

1. La somme des effectifs pour chaque variable peut être légèrement différente de l'effectif total du fait des valeurs manquantes

connaissance spécifique révélant une assimilation variable des notions de santé dans le domaine préventif et curatif.

L'analyse des comportements pour soigner les enfants avait révélé des stratégies variables selon l'origine des femmes. Certaines de ces différences persistent quand on considère leurs niveaux de connaissance. Les femmes autochtones ont un niveau moyen de connaissance général meilleur que celles originaires d'autres régions de Côte-d'Ivoire (6,9 contre 5,7), mais par contre bien supérieur à celui des femmes étrangères (4,7) et surtout des femmes burkinabé (4,0).

L'influence de la scolarisation sur les niveaux de connaissance est particulièrement importante puisqu'un faible niveau d'instruction, c'est-à-dire limité au primaire amène des niveaux de connaissance beaucoup plus élevés qu'en cas de non scolarisation : les différences étant marquées pour les indicateurs « général », de prévention et du sida. Ces écarts entre femmes scolarisées et non scolarisées ont également été mis en évidence à propos de la mortalité infantile dans des pays à forte mortalité (AKOTO et TABUTIN, 1989).

Si l'on analyse maintenant les relations existant entre les niveaux de connaissance et les comportements de santé, on constate également d'importantes disparités. Les femmes qui ne recourent qu'à la famille pour soigner leurs enfants ont globalement des moins bons indicateurs de connaissance, en particulier dans le domaine de la prévention, que celles qui s'adressent aux thérapeutes traditionnels ou à des personnels de santé pour leurs enfants. Par contre, il est surprenant de constater le niveau élevé des indicateurs des femmes qui s'adressent aux tradipraticiens, ce qui nous laisse supposer que leurs choix ne dépendent pas uniquement d'une méconnaissance des questions de santé, mais de l'efficacité reconnue de ce type de médecine pour certaines pathologies. Il est probable également qu'elles avouent plus facilement ces pratiques lorsqu'elles ont un bon niveau de connaissance. Cependant il convient de nuancer notre propos dans la mesure où ces femmes sont peu nombreuses.

Les femmes qui recourent aux traitements de type moderne ont de bons indicateurs de santé particulièrement dans le domaine de la prévention : elles reçoivent certainement des informations par le personnel de santé lors des consultations. De même, les femmes qui ont l'initiative de la décision dans les choix thérapeutiques, ont de bons indicateurs de connaissance dans tous les domaines ce qu'il leur confère une plus grande autonomie des choix.

Ces éléments sur les niveaux de connaissance et comportements de santé révèlent qu'un bon niveau de connaissance n'amène pas systématiquement à un recours à la biomédecine et inversement. La population burkinabé constitue à ce titre une bonne illustration puisque bien qu'étant celle de la zone

qui fréquente le plus les structures sanitaires, elle bénéficie de faibles indices de connaissances des questions de santé (4,04 au lieu de 5,25). Il apparaît donc que les divergences de comportements entre médecine moderne et médecine traditionnelle ne sont pas dues exclusivement aux niveaux de connaissances des questions de santé, ni à un certain degré d'instruction (puisque ces femmes burkinabè ont un faible niveau d'instruction avec 4% de scolarisées), mais également à leur capacité à utiliser les alternatives proposées. Ainsi le niveau d'intégration des femmes dans la société joue dans ce sens. Par exemple, pour les femmes originaires de la région, leur environnement social et familial facilite leur recours à la médecine traditionnelle et plus particulièrement à la pharmacopée locale dont le savoir se transmet de génération en génération. Par contre pour les femmes burkinabés, cet accès est plus limité ; mais on constate que celles qui ont une descendance élevée ont globalement une meilleure connaissance des problèmes de santé surtout des questions relatives à la prévention, certainement acquise lors de la fréquentation répétée des centres de santé pour le suivi des enfants.

Ces disparités dans les niveaux de connaissance des questions de santé et les comportements selon le statut des femmes montrent la nécessité de sensibiliser un large public à ces problèmes et de diversifier les moyens pour parvenir à cette information et sensibilisation.

LA MORTALITÉ

Le suivi de population réalisé lors des différentes enquêtes permet de mesurer l'évolution de la mortalité générale, c'est-à-dire concernant l'ensemble de la population. Par contre pour la mortalité des enfants, la mesure en a été faite à partir du suivi de la vie génésique des femmes, où tous les enfants nés vivants sont recensés et où leur devenir est actualisé à chaque passage.

La mortalité générale

Lors du suivi réalisé entre 1991 et 1993, 194 cas de décès ont été observés pour l'ensemble de la population. Ce niveau de mortalité est certainement légèrement sous-estimé pour deux raisons. Cette sous-estimation concerne d'une part, la mortalité des jeunes enfants, car ceux nés après l'enquête de 1991 et décédés avant celle de 1993 n'ont pas été recensés sur la fiche collective ; un correctif, pour l'estimation de cette mortalité sera apporté en analysant les données de la vie génésique des femmes. D'autre part, la forte mobilité dans la zone rend le suivi de la population difficile : on ignore bien souvent le devenir individuel des membres du ménage quand le ménage a émigré dans sa totalité, et de plus, les personnes émigrées puis décédées sont le plus souvent recensées comme émigrées à l'enquête de 1993.

Le niveau de la mortalité générale se situe pour l'ensemble de la zone à 8 pour 1 000, soit un niveau assez faible. Des différences de niveaux de mortalité apparaissent entre les différentes unités de peuplement : 8 pour 1 000 pour la ville de Sassandra, 10 pour 1 000 pour les villages, 7 pour 1 000 pour les campements et 4 pour 1 000 seulement pour Bolo. Cette faible mortalité à Bolo peut s'expliquer par l'extrême jeunesse de sa population (93 % de moins de 40 ans); le bon encadrement sanitaire de ce village où les accouchements se font pratiquement tous à la maternité, et l'importance des migrations (taux d'accroissement migratoire de - 3,9 %) qui entraîne peut-être une sous-estimation de la mortalité.

Dans 49 % des cas, les causes de décès déclarées à partir de la fiche collective ne sont pas précisées. Cette imprécision est due parfois à un refus de parler de ces décès, ou bien à une méconnaissance réelle de cette cause, souvent car la maladie responsable de la mort n'a pas été réellement identifiée, ou que le répondant (généralement le chef de ménage) ne dispose pas de ces informations.

Parmi les causes de décès connues (118 cas), les principales causes déclarées sont les diarrhées (14 %) et les maux de ventre (9 %), puis le paludisme (14 %), la vieillesse (9 %, cause citée chez les plus de 65 ans), la rougeole, la jaunisse et les maux de cœur (6 %), les accidents (5 %). Les autres motifs évoqués : la fièvre jaune, l'accouchement, les convulsions, le corps enflé, les pieds enflés, l'asthme représentent entre 2 et 3 % des décès, certains motifs correspondent à des déclarations imprécises qui rendent difficiles la détermination exacte de la cause du décès.

La mortalité maternelle: les difficultés de la mesure

La mortalité maternelle est un phénomène particulièrement difficile à mesurer puisqu'elle concerne les décès des femmes au cours de la grossesse, pendant l'accouchement ou durant les 42 jours suivant l'accouchement, ces décès devant être liés aux suites de la grossesse ou de l'accouchement. C'est un événement relativement rare et les sources de données dont on dispose généralement se rapportent le plus souvent aux statistiques hospitalières. Ainsi pour la Côte-d'Ivoire, d'après une enquête menée dans différentes maternités à Abidjan (de mars à octobre 1984), le niveau de cette mortalité se situe à 8,8 pour 1 000 (3). Ces données ne sont pas représentatives dans la mesure où elles ne concernent qu'une infime partie de la population, et parfois des naissances à risque; ainsi 13 % de ces décès sont dus à des complications d'avortements provoqués.

3. Les résultats de cette étude ne reposent que sur 6 244 naissances, soit environ 14 % des naissances enregistrées à Abidjan à l'état civil durant cette période (DIARRA *et al.*, s.d.).

Nous avons tenté de mesurer cette mortalité en 1989, par une étude spécifique concernant les femmes décédées âgées de 12 ans et plus depuis le précédent passage : sept cas de décès ont été enregistrés et pour lesquelles les causes déclarées sont présentées (tableau 7).

Tableau 7. Causes de décès des femmes en âge fécond (Sassandra, 1989).

Cas	Age	Cause de décès déclarée	Observation
1	21 ans	décédée à la suite d'un accouchement	décès a la maternité.
2	24 ans	maladie déclarée: une méningite	non enceinte au moment du décès, pas de grossesse récente, soignée par un guérisseur.
3	27 ans	maladie déclarée: le paludisme	enceinte au moment du décès, soignée à l'hôpital puis à la maison.
4	31 ans	symptômes: maux de ventre, amaigrissement	non enceinte au moment du décès, pas de grossesse récente, soignée à l'hôpital puis à la maison, décédée à domicile.
5	36 ans	décédée pendant l'accouchement (enceinte de neuf mois)	décédée à la maternité, a eu 4 consultations prénatales, malade pendant la grossesse (vomissement, maux de ventre), soignée au dispensaire.
6	39 ans	maladie: symptômes non précisés	grossesse récente, décédée à domicile, famille émigrée.
7	49 ans	maladie, enflure des membres	non enceinte au moment du décès, pas de grossesse récente, soignée par médicaments, décédée à la maison.

Ces observations révèlent la difficulté d'apprécier les causes de mortalité, surtout pour les cas de décès qui se sont produits en dehors des structures hospitalières : ici deux cas de mortalité sont directement imputables à un décès maternel liés directement à un accouchement (cas 1 et 5). Pour le cas n° 3, bien que la femme ait été enceinte au moment du décès, il ne semble pas que ce décès constitue un cas de décès maternel car la cause déclarée est le paludisme. De même les cas 2, 4 et 7 ne semblent pas correspondre à un décès maternel, puisqu'aucune grossesse récente n'a été déclarée. Pour le cas 6, il n'est pas possible de conclure. Deux cas de décès seulement semblent être réellement des décès maternels.

La mortalité des enfants

La mesure de la mortalité des enfants a été réalisée en analysant le devenir des enfants recensés à partir des événements génésiques déclarés par les femmes.

Une tendance à la baisse de la mortalité

La structure de la mortalité des enfants en Côte-d'Ivoire se caractérise par une mortalité élevée de 1 à 4 ans, correspondant aux risques importants de décès des enfants durant le sevrage et à la prévalence des maladies infectieuses, mais cette mortalité dite juvénile demeure cependant moins importante que la mortalité de la première année. Elle est dans l'ensemble beaucoup plus élevée en zone rurale qu'en zone urbaine, comme nous pouvons le constater sur le tableau 8 (et la figure 1), d'importantes disparités apparaissent également entre la ville d'Abidjan et les autres centres urbains, la capitale économique bénéficiant d'un statut privilégié.

La mortalité des enfants dans la sous-préfecture de Sassandra est inférieure à celle du milieu rural ivoirien. La baisse de la mortalité a été dans cette zone particulièrement rapide puisque le rythme de baisse de la mortalité infantile et juvénile est presque identique correspondant à une diminution de 44 % par rapport aux générations 1972-1976 en comparaison avec les générations plus récentes.

Tableau 8. Évolution de la mortalité dans l'enfance en Côte-d'Ivoire et à Sassandra selon les générations de naissance (quotient de mortalité pour 1000).

	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité dans l'enfance
Ensemble de la Côte-d'Ivoire (1988)	97	59	150
– rurale	108	71	171
– Abidjan	64	27	89
– urbaine (sans Abidjan)	74	37	108
Sassandra			
– 1972-1976	132	75	198
– 1977-1981	108	66	167
– 1982-1986	107	47	149
– 1987-1991	73	42**	112**

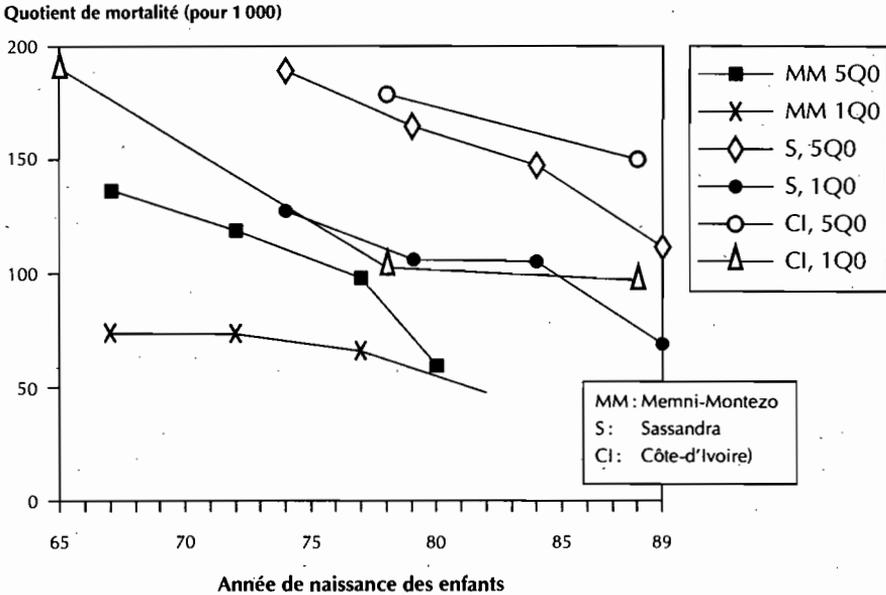


Figure 1. Évolution des indices de mortalité dans l'enfance selon la région et l'année (5Q0 : mortalité dans l'enfance ; 1Q0 : Mortalité infantile)

Diarrhée, paludisme, infections respiratoires et rougeole : d'importantes causes de mortalité

L'analyse des causes de mortalité des enfants révèle l'importance des diarrhées, déjà mentionnées comme principales causes de morbidité, mais aussi de la fièvre et du paludisme, de la rougeole et des affections respiratoires qui constituent les quatre principales causes recensées (tableau 9).

Les décès par maladies diarrhéiques sont fréquents surtout chez les enfants de 1 à 5 ans, et on note même un recrudescence de ces problèmes durant les dernières années : ils sont parfois consécutifs au sevrage de l'enfant. Ils révèlent là encore les difficultés à faire adopter des traitements curatifs efficaces dans les zones rurales africaines et l'importance de la sensibilisation de la population à ces questions de santé. Par contre, le niveau de létalité due aux fièvre et paludisme reste constant, à la différence de celle par rougeole qui a subi une baisse importante depuis 1988 aussi bien concernant la mortalité infantile que juvénile, conséquence certainement d'une amélioration de la couverture vaccinale pour cette pathologie durant la période récente. Il convient de remarquer l'absence de notification dans les causes de décès des autres maladies prévenues par le programme élargi de vaccination, mais elles sont souvent plus difficilement identifiables par les populations. Dans les

causes de mortalité citées, le corps raide, que l'on peut en principe assimiler au tétanos a été cité dans 2,1 % des cas (avec une tendance à la baisse pour la période récente). Les décès consécutifs à des maladies respiratoires se maintiennent à un taux constant autour de 4 à 5 % des cas. Dans la rubrique « autres causes », plusieurs motifs sont regroupés car étant statistiquement faiblement représentés : il s'agit de causes accidentelles telles les morsures de serpent, noyades et blessures, et des pathologies mal définies (maux de cœur, fontanelle correspondant souvent à une déshydratation, maux de tête, difficultés pour téter...). Par contre comme causes de décès néonataux sont cités la prématurité, les malformations et les accouchements difficiles.

Cette amélioration est certainement due aux développements des activités du secteur de santé rurale, en particulier aux antennes de santé mobile qui par leurs interventions aussi bien dans le domaine préventif que curatif, en particulier les campagnes de vaccination atteignent les populations dans les zones reculées. Il reste à voir si ces progrès pourront se maintenir face aux problèmes économiques que connaissent les ménages mais aussi aux difficultés de fonctionnement du système de santé dues à la réduction drastique de leurs budgets.

Tableau 9. Causes principales de décès infantiles et juvéniles selon la période a Sassandra (en %)

Période	Diarrhée	Fièvre, Paludisme	Rougeole	Affection respira- toire	Autre	N. D.	Effectif de décès
1970-1987							
0 an	10	13	7	5	33	32	345
1-4 ans	13	14	21	5	30	17	132
0-4ans	11	13	11	5	33	27	477
1988-1993							
0 an	11	12	2	3	44	28	169
1-4 ans	32	14	5	5	32	12	83
0-4ans	18	13	3	4	40	22	252
1970-1993*							
0 an	10	9	6	4	39	32	551
1-4 ans	19	13	15	5	30	18	240
0-4ans	13	13	8	4	34	28	791

Source : Guillaume A., Koffi N., Vimard P., 1995.

(*) Les données pour cette période comprennent également les décès d'enfants dont l'année de naissance est inconnue à l'intérieur de la période 1970-1993.

CONCLUSION

Cette analyse des problèmes de santé dans la sous préfecture de Sassandra révèle l'importance de certaines pathologies qui constituent les principales causes de morbidité et mortalité : le paludisme, les diarrhées et les maladies respiratoires. Nombre de ces maladies et décès pourraient être évités par une amélioration des conditions d'hygiène, de soins et en particulier de la couverture vaccinale.

Le poids des maladies diarrhéiques doit être particulièrement pris en compte dans les programmes de santé afin de diminuer les risques relatifs à cette maladie : il convient notamment de développer les actions de sensibilisation concernant l'utilisation de la méthode de réhydratation par voie orale. Il importe également de renforcer les campagnes de sensibilisation pour la lutte contre le paludisme.

Pour améliorer la prise de conscience de ces questions relatives à la santé, il est nécessaire de sensibiliser un large public à ces sujets. En effet il est apparu que les décisions sur les types de soins à prodiguer émanent de différentes personnes au sein du ménage et pas uniquement de la mère des enfants. Or, bien souvent, ces informations restent diffusées essentiellement aux femmes lors des consultations prénatales et postnatales. Les enfants doivent également être sensibilisés car ils sont, parfois responsables de certaines tâches ménagères et peuvent être ainsi des relais importants pour les informations concernant l'hygiène et la santé.

L'étude des itinéraires thérapeutiques a révélé la multiplicité des recours entrepris et l'alternance fréquente entre divers modes de soins. Cette alternance trouve plusieurs justifications relatives à la cause de la maladie, à sa durée mais aussi à l'accessibilité aux systèmes de soins. Il convient de rendre ces centres plus accessibles et fonctionnels notamment en améliorant les conditions d'obtention des médicaments (moindre coût, ordonnances limitées au strict nécessaire...).

BIBLIOGRAPHIE

- AKOTO (E.) et TABUTIN (D.), 1989. « Les différences socio-économiques et culturelles devant la mortalité ». In PISON (G.), VAN DE WALLE (E.), SALA DIAKANDA (M.) (sous la direction de), *Mortalité et société en Afrique au Sud du Sahara*. Paris, 1989, INED, Travaux et Documents, Cahier n° 124 : 35-66.
- DELCROIX (S.) et GUILLAUME (A.), 1993. « Statut des femmes et comportement de santé en Côte-d'Ivoire », Communication au séminaire sur *Les femmes et les changements démographiques en Afrique au Sud du Sahara*, UIESP, Dakar, 3-6 mars 1993, 21 p.

- DIARRA (S.), WELFENS EKRA (C.) et TOURE-COULIBALY (K.), s. d. Population et santé de la reproduction en Côte-d'Ivoire. Abidjan, multigr.
- DOAN (R. M.) et BISHARAT (L.), 1990. « Female autonomy and child nutritional status: the extended-family residential unit in Amman, Jordan ». *Social Science and Medecine*, 1990, vol. 31, n° 7: 783-789.
- GRUÉNAIS (M. E.) et DELPEUCH (F.), 1992. « Du risque au développement. Anthropologie sociale et épidémiologie nutritionnelle : à propos d'une enquête ». Orstom, Paris *Cahiers des sciences humaines*, n°28 (1), 1992 : 37-55.
- Guillaume (A.), Koffi (N.), Vimard (P.), 1995. « Santé de la mère et de l'enfant en Côte-d'Ivoire », in *Populations du sud et santé. Parcours et horizon. Hommage à PIERRE CANTRELLE*. Orstom Éditions. Paris 1995 : 201-232.
- 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.
- OUEDRAOGO (C.), 1994. « Éducation de la mère et soins aux enfants à Ouagadougou ». *Les dossiers du CEPED* n° 27, CEPED, Paris, 1994, 37 p.
- ROUGEMONT (A.), 1992. « La prise en charge des problèmes de santé ». *Dynamique des systèmes agraires, La santé en société : regard et remèdes*. Coordination Blanc-Pamard C., ORSTOM, Colloques et Séminaires : 15-31.
- YAPO (E.), 1992. Morbidité, in « Mortalité et morbidité ». Communication au séminaire national sur *Perspectives démographiques de la Côte-d'Ivoire 1988-2008*. Institut National de la Statistique, Direction Générale du Plan. Abidjan 18-20 novembre 1992. Thème 3 : 18-33.