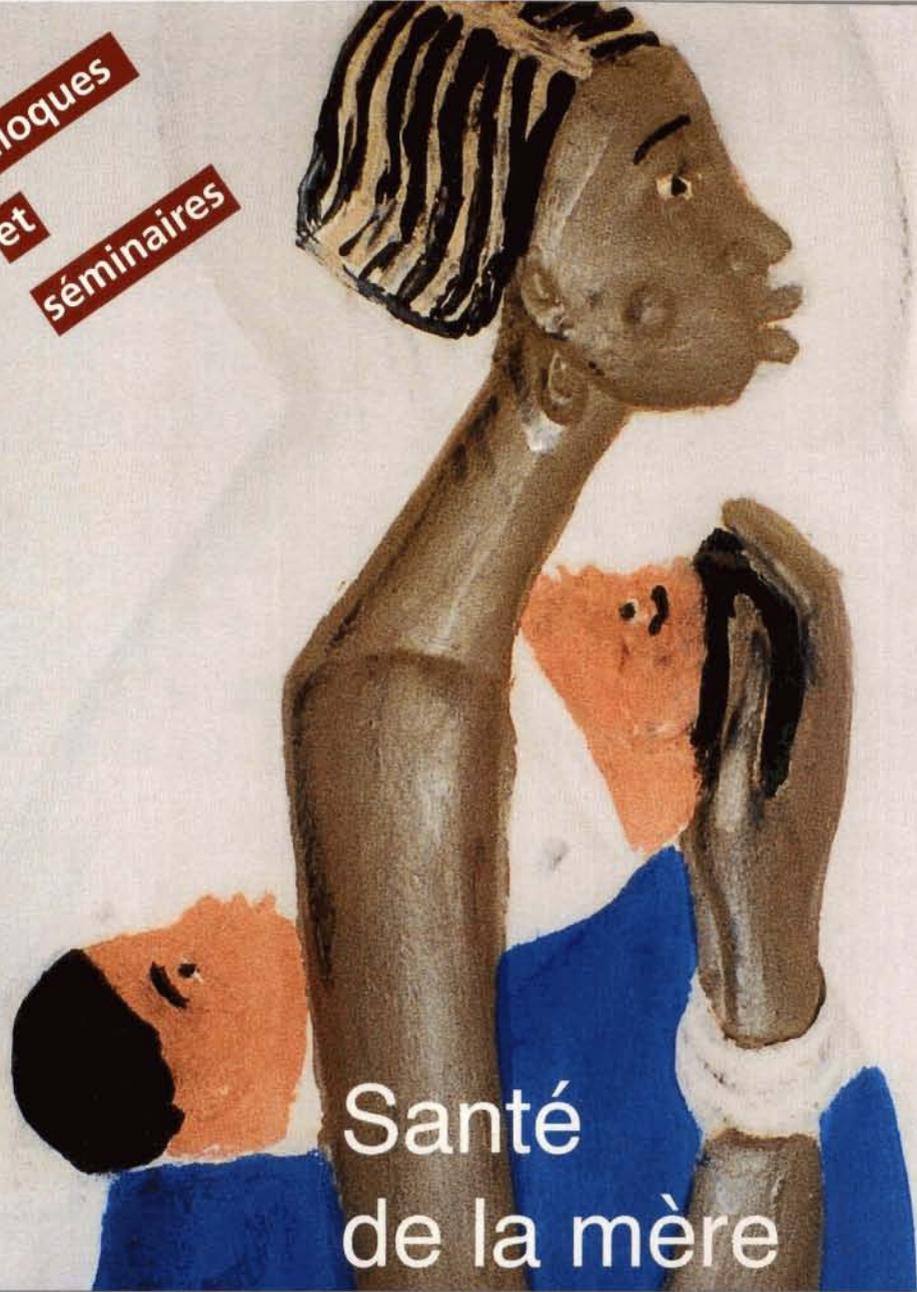


colloques
et
séminaires



Santé de la mère et de l'enfant

Exemples africains

Éditeurs scientifiques
Agnès Adjamagbo
Agnès Guillaume
N'Guessan Koffi

**Santé de la mère et de l'enfant :
exemples africains**

Actes scientifiques du Gripps n°1
Atelier du Gripps sur "la santé de la reproduction dans les pays à
croissance démographique rapide : approche méthodologique"
avec la collaboration du Gidis-CI - Abidjan, 10-13 mai 1995

Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains

Éditeurs scientifiques
Agnès Adjamagbo, Agnès Guillaume et N'Guessan Koffi

Éditions IRD
INSTITUT DE RECHERCHE
POUR LE DEVELOPPEMENT

Collection Colloques et séminaires

Paris, 1999

Mise en page

B. Estelle Aurore-Houénou

Fabrication

Catherine Plasse

Maquette de couverture

Michelle Saint-Léger

Maquette intérieure

Catherine Plasse

Photo de couverture

IRD/Agnès Guillaume : « La femme aux enfants », fresque du village d'Aboisso, sud-est de la Côte d'Ivoire (détail).

La loi du 1^{er} juillet 1992 (code de la propriété intellectuelle, première partie) n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article L. 122-5, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans le but d'exemple ou d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'article L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon passible des peines prévues au titre III de la loi précitée.

© IRD éditions, 1999

ISSN : 0767-2896

ISBN : 2-7099-1437-9

Hommage

Cet ouvrage est dédié à
Myriam Roger-Petitjean qui nous
a quitté prématurément.

Les membres du Gripps (Groupe
International de Partenaires
Population-Santé) ont beaucoup
apprécié la qualité et l'originalité
de son travail.

Liste des auteurs

Agnès **Adjamagbo**, Département de démographie,
Université de Montréal, CP 6128, Succ. Centre Ville,
Montréal, Quebec, Canada H3C3J7
email : adjamaga@ERE.Umontreal.CA

Agnès **Guillaume**, ENSEA / IRD, 08 BP 3, Abidjan 08, Côte
d'Ivoire. email : Agnes.Guillaume@orstom.ci

N'Guessan **Koffi**, ENSEA, 08 BP 3, Abidjan 08, Côte
d'Ivoire. email : nguessan@ensea.ed.ci

Myriam Roger Petitjean†

Banza **Baya**, UERD, BP 7118, Ouagadougou,
Burkina Faso. email : bayab@fasonet.bf

Christine **Ouédraogo**, BP 1417, Ouagadougou,
Burkina Faso. email : tinou@fasonet.bf

Anne **Paré**, Dispensaire urbain central, 01 BP 4758,
Ouagadougou 01, Burkina Faso

Cécile **Zoungrana**, 01 BP 1373, Ouagadougou, Burkina
Faso.

Patrice **Vimard**, IRD, 7 Parc de la Moustelle, 13320 Bouc
Bel Air, France. email : vimard@newsup.univ-mrs.fr

Valérie **Delaunay**, IRD, BP 1386, Dakar – Hann, Sénégal.
email : Valerie.Delaunay@orstom.sn

Sommaire

Avant-propos	11
Agnès Adjamagbo, Agnès Guillaume, N'Guessan Koffi	
Accès aux soins des enfants confiés en milieu urbain africain. Le cas de Bobo Dioulasso	17
Myriam Roger Petit-Jean	
Pluralité des soins aux petits enfants. Le cas des Moose de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso)	37
Christine Ouédraogo	
Étude de quelques déterminants des comportements de santé des enfants au Burkina Faso. Le cas de Bobo Dioulasso	61
Banza Baya	
La mortalité maternelle au Burkina Faso. État des connaissances sur le sujet	81
Cécile Zoungrana, Anne Paré	
Santé maternelle et infantile en milieu akan (Côte d'Ivoire)	109
Agnès Adjamagbo, Agnès Guillaume, Patrice Vimard	
La baisse de la mortalité des enfants en milieu rural sénégalais. Le cas de Niakhar	131
Valérie Delaunay	
Postface	157
Agnès Adjamagbo, Agnès Guillaume	
Résumés	163

Avant-propos

Un atelier sur le thème de la « santé de la reproduction dans les pays à croissance démographique rapide : approches méthodologiques » s'est tenu à Abidjan en mai 1995. Il a été l'une des premières manifestations organisées par le Groupe international de partenaires population - santé (Grippts)¹ et a été réalisé avec la collaboration du Groupement Interdisciplinaire en Sciences Sociales de Côte-d'Ivoire (Gidis-CI).

L'objectif de cette réunion était de dresser un bilan des travaux de recherche effectués par les différentes équipes du groupe de partenaires sur le thème de la santé de la reproduction, dans différents pays à croissance démographique rapide, c'est-à-dire caractérisés par une forte fécondité et une mortalité élevée. Cette réunion a permis une confrontation des expériences des différentes institutions présentes. Il s'agissait par ailleurs d'envisager l'amélioration des outils méthodologiques utilisés et de déboucher sur une meilleure articulation des travaux anthropologiques et démographiques sur le thème. Cet atelier a été l'occasion de procéder à un rapprochement des méthodes employées par les différentes équipes, permettant la mise en oeuvre d'études comparatives et assurant ainsi un renforcement de la coopération scientifique entre ces institutions.

Une vingtaine de communications ont été présentées lors de cette réunion, axées principalement sur des réflexions méthodologiques. La question de la santé sexuelle a été jusqu'à présent peu abordée par les différentes équipes, le thème dominant étant celui de la santé maternelle et infantile, il a été retenu pour cette publication.

¹Ce groupe rassemble une dizaine d'institutions scientifiques africaines, françaises et laotienne afin de développer des actions de recherche, de formation et de valorisation dans le domaine des relations entre les dynamiques de population et la santé. Ces institutions sont : l'UERD (Burkina Faso), l'IFORD (Cameroun), l'ENSEA et l'INS (Côte-d'Ivoire), le CEPED et l'IRD (France), l'ISMI (Laos), la DPS (Sénégal), l'URD (Togo.)

Ce thème de la santé maternelle et infantile interpelle aussi bien les disciplines médicales que les sciences sociales et a donné lieu à une confrontation pluridisciplinaire entre les différentes équipes. En effet, l'important corpus de données désormais disponible permet une confrontation des résultats et des méthodologies utilisées. Cet atelier a été l'occasion de montrer les apports et les limites des différentes disciplines et de mettre en évidence la nécessité de diversifier les approches, afin de mieux cerner l'ensemble des mécanismes et facteurs influençant la santé.

La question de la santé de la mère et de l'enfant est une composante importante de la santé de la reproduction. Elle demeure aujourd'hui encore l'une des priorités d'intervention pour les pouvoirs publics et les bailleurs de fonds. Ainsi les programmes de santé intègrent-ils des actions qui s'adressent au couple mère-enfant. Les niveaux de mortalité maternelle, infantile ou juvénile sont d'ailleurs communément utilisés comme indicateurs du niveau de développement d'un pays. Ces analyses sur la santé de la mère et de l'enfant fournissent un cadre de réflexion qui est tout à fait applicable à d'autres catégories de population que les seules femmes en âge fécond et leurs enfants : les adolescent(e)s, les femmes ménopausées mais aussi l'ensemble des hommes ; catégories incluses dans la santé de la reproduction.

Cette publication n'a pas la prétention de traiter exhaustivement de ces deux sujets de la santé maternelle et infantile. Les articles présentés ici ont été sélectionnés selon différents critères : la méthodologie, les sources de données, la couverture géographique et le type d'analyse réalisé.

Ces différents articles présentent une certaine diversité dans les approches. En effet, ils reposent aussi bien sur des études de couverture nationale (telles les enquêtes démographiques et de santé), que sur des données régionales, voire localisées. Notamment, le rôle des laboratoires de population comme lieu d'observation privilégié de ces questions de santé est souligné. Ils permettent une analyse en profondeur des phénomènes observés à un niveau plus global et un suivi sur le long terme. Même si ces données ne sont pas représentatives de l'ensemble d'un pays, la qualité des résultats obtenus par une observation régulière est un avantage certain. Ces

analyses fines mettent en évidence l'émergence de comportements novateurs dans certaines populations.

Les études présentées ici s'appuient en outre sur des sources de données variées : des statistiques sanitaires, des enquêtes quantitatives et qualitatives et permettent de montrer les limites et la complémentarité de ces différentes sources. Elles concernent également diverses populations : mères de famille, hommes, interrogés soit dans leur milieu familial soit dans des centres de santé mais également des personnels soignants, du registre biomédical ou traditionnel.

Les approches de nature qualitative privilégiées par les anthropologues montrent l'intérêt de resituer les problèmes de santé et leur gestion dans le contexte social et culturel qui sous-tend des logiques et des démarches précises. Elles reposent sur des entretiens semi-directifs ou directifs ou des observations participantes et permettent d'obtenir des réponses moins normatives.

Six articles constituent cette publication qui concerne trois pays : le Burkina Faso, la Côte-d'Ivoire et le Sénégal.

L'article de Myriam Roger-Petitjean aborde la question de l'accès aux soins des enfants au Burkina Faso sous un angle original : celui du statut familial des enfants, enfants biologiques ou enfants confiés. L'auteur considère le statut des enfants comme susceptible de révéler certaines pratiques discriminantes. À partir d'études réalisées dans un centre de réadaptation nutritionnelle, elle montre comment les comportements thérapeutiques varient selon la place des enfants dans la famille, les circonstances de leur confiage, mais aussi le statut familial du tuteur. Cette analyse, bien que d'une portée limitée, de par la faible taille de l'échantillon, révèle l'intérêt d'une telle analyse pour comprendre les accès différentiels aux soins, notamment dans une optique d'amélioration de la prise en charge thérapeutique des enfants.

Partant d'une observation de l'environnement socio-culturel et familial des mères, Christine Ouédraogo analyse les logiques qui déterminent les soins aux enfants, tant préventifs que curatifs, au Burkina Faso. Son étude s'est déroulée sur une période d'un an auprès d'enfants moose de la ville de Ouagadougou. Elle révèle que les pratiques de soins sont largement déterminées par la

perception des maladies dans le réseau social dans lequel est intégrée la jeune mère. Elle souligne notamment le rôle central des vieilles femmes dans le choix des types de soins

Banza Baya examine les déterminants de certains comportements des parents en matière de santé de l'enfant à Bobo Dioulasso (Burkina Faso) à partir des données d'une enquête sur la mortalité infantile au Sahel, (l'enquête EMIS). Les variables considérées pour appréhender ces pratiques de santé sont les consultations prénatales, la vaccination et les pratiques d'allaitement. L'analyse des déterminants des comportements repose d'une part sur des variables démo-biologiques et d'autre part sur les variables socio-économiques et culturelles. Elle montre essentiellement l'importance du niveau d'instruction de la mère et du statut socio-économique du ménage qui sont corrélés positivement à l'état de santé de l'enfant. Mais l'auteur souligne l'intérêt de prendre en compte les facteurs culturels qui conditionnent les comportements de santé et la nécessité de mener des recherches pluridisciplinaires sur ce sujet.

Cécile Zoungrana et Anne Paré dressent un état des lieux des connaissances relatives à la mortalité maternelle au Burkina Faso. Après un bilan des données disponibles, et une revue critique des analyses reposant sur ces données, les auteurs mettent en évidence les difficultés liées à la mesure de la mortalité. Elles soulignent le manque de standardisation des définitions et des modes de calculs utilisés. Ce manque d'homogénéité dans les données limite la portée des analyses et montre l'importance d'une standardisation des concepts et des techniques dans l'étude de la mortalité et de la morbidité maternelle.

Agnès Adjamagbo *et al.*, à partir d'enquêtes réalisées en Côte d'Ivoire, étudient les comportements thérapeutiques adoptés par les mères pour soigner leurs enfants ou se soigner à différents moments de leur vie féconde. Ils montrent l'importance de resituer ces pratiques dans leurs fondements social et culturel pour comprendre les comportements adoptés. L'accent est mis sur la nécessité de diversifier les approches, à la fois de nature quantitative et qualitative, ces deux approches étant très largement complémentaires.

Valérie Delaunay étudie quant à elle les évolutions de la mortalité des enfants au Sénégal. L'observatoire de population de Niakhar fournit des données d'une qualité particulière due à la profondeur d'observation dans le temps, au suivi des observations et à l'apport pluridisciplinaire. En effet la présence de médecins qui réalisent des autopsies verbales permet une appréciation fine des causes de mortalité.

Ces articles fournissent un cadre de réflexion approfondie sur la santé maternelle et infantile, et plus largement sur la santé de la reproduction tout en proposant de nouvelles pistes de recherches.

Agnès Adjamagbo
Socio-démographe

Agnès Guillaume
Démographe

N'Guessan Koffi
Démographe

Accès aux soins des enfants confiés en milieu urbain africain

Le cas de Bobo Dioulasso

Myriam Roger-Petitjean
Anthropologue

Ne pas vivre avec ses parents biologiques est considéré, par le milieu médical, comme un facteur de risque pour l'enfant, quant à son état de santé en général, et nutritionnel en particulier (MORLEY, 1977), ceci d'autant plus qu'il est en bas âge.

Le confiage des enfants est une pratique très répandue en Afrique. Elle recouvre diverses fonctions sociales qui s'opèrent dans le cadre des relations de droits et d'obligations entre les membres de la famille étendue. La prise en charge des coûts d'éducation (au sens large) des enfants a des implications importantes sur les stratégies reproductives. Elle contribue en effet à retarder la baisse de la fécondité par anticipation puisqu'elle permet aux parents en difficulté d'alléger les charges d'entretien d'une descendance nombreuse (ISIUGO-ABANIHE, 1994). BLEDSOE a montré à travers ses recherches menées en Sierra Leone et au Libéria que la forte pression qui pèse sur la famille élargie conduit à des traitements différenciés des enfants (BLEDSOE, 1994). Ainsi, il y aurait un investissement sélectif des enfants vivant dans un même ménage dans les domaines notamment de l'alimentation, de la scolarisation et des soins de santé.

Au Burkina Faso, l'Enquête Démographique et de Santé (KONATÉ *et al.*, 1993) a montré que, en milieu urbain, dans environ un ménage sur quatre, un ou plusieurs enfants de moins de 15 ans vivent sans leur mère ni leur père biologiques (26,8 %) ; cette proportion est plus faible en milieu rural (21,1 %).

Ce fait recouvre différentes situations sociales, plus ou moins fréquentes selon l'âge de l'enfant et son milieu. Plusieurs situations sont décrites selon les termes de la passation (don, prêt, échange), son caractère plus ou moins transitoire (adoption, fosterage), les activités de l'enfant dans le nouveau foyer (domestique, élève)¹. La loi burkinabé prévoit différents cas de figure : l'adoption (simple ou plénière), le placement dans une famille, la tutelle (Code des personnes et de la famille, 1989). Cependant, dans la plupart des cas, l'enfant est confié à un tuteur sans intervention de la justice. Le terme de tuteur est utilisé dans la société burkinabé pour désigner celui ou celle qui a la responsabilité de l'enfant, quelles que soient les circonstances du confiage ; en dioula, langue véhiculaire à Bobo Dioulasso, le terme utilisé, est *lamofa*, littéralement "l'homme qui élève" (*lamoba* pour une tutrice, *lamoden* pour l'enfant confié).

Les auteurs de l'Enquête Démographique et de Santé formulent l'hypothèse selon laquelle l'accès aux soins de ces enfants confiés serait moins bon, du fait d'une mauvaise prise en charge par les tuteurs : "on peut en effet supposer que l'attention portée à ces enfants et les moyens qui leur sont consacrés sont généralement plus limités que pour ses propres enfants" (KONATÉ *et al.*, 1993).

À l'occasion d'une recherche sur l'accès aux soins des enfants de moins de cinq ans, menée dans la ville de Bobo Dioulasso (ROGER-PETITJEAN, 1996), nous nous sommes intéressés à évaluer l'importance de ce phénomène de confiage des enfants, à en décrire les caractéristiques, à comparer l'accès aux soins des enfants confiés à celui des autres enfants et à tenter d'appréhender les déterminants spécifiques de l'accès aux soins de cette population de petits enfants : circonstances du confiage, lien de parenté du tuteur à l'enfant.

Nous considérons comme enfant confié tout enfant ne vivant pas avec sa mère biologique, en élargissant ainsi la définition proposée par PILON (1995), qui associe l'absence du père et de la mère. L'enfant et son élevage (pour reprendre un terme des pédiatres) est alors confié à une autre femme que sa mère biologique ; ceci nous apparaît particulièrement pertinent pour la tranche d'âges étudiée.

¹Les différentes formes de circulation des enfants ont fait l'objet d'une description détaillée et d'une analyse des enjeux sociaux qu'elles recouvrent pour l'Afrique de l'Ouest : on peut se référer notamment à E. GOODY (1982), et pour plusieurs sociétés traditionnelles de différents continents à S. LALLEMAND (1993, 1994).

■ Cadre géographique et méthodologie de l'enquête

L'aire d'un centre de santé de Bobo Dioulasso

Bobo Dioulasso est située à l'ouest du Burkina Faso ; c'est la deuxième ville du pays, sa population est évaluée à 383 722 habitants en 1995 (ANONYME, 1990). Elle est caractérisée par un fort taux d'accroissement démographique (7,2 %) et migratoire, une importante pluralité ethnique et sociologique (ville carrefour), ainsi qu'une économie en crise.

Notre étude a été menée à partir du Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) d'Accart-Ville, implanté dans un quartier périphérique de la ville et qui dessert une population d'environ 60 000 habitants, répartie dans quatre secteurs (la ville en compte 25) ; le CSPS fournit un ensemble de prestations de premier niveau, dont une consultation curative et une consultation préventive pour enfants de moins de cinq ans et les vaccinations du Programme Élargi de Vaccination. Les états de malnutrition sont dépistés par une pesée systématique aux consultations ; les enfants souffrant de malnutrition grave (rapport poids/taille inférieur à 80 % selon les normes NCHS², ou présence d'oedèmes) sont pris en charge, en ambulatoire, au Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle (CREN).

Ce centre a été choisi parce qu'il est utilisé par une population bien cernée sur le plan géographique³ et pour sa fréquentation élevée (environ 2 000 consultations curatives par mois, tous âges confondus).

²Selon les normes de référence du National Center For Health Statistics des États-Unis.

³85,2 % des enfants consultants viennent des 4 secteurs qui constituent l'aire de responsabilité ; l'aire d'attraction réelle est proche de l'aire théorique.

Enquête auprès des enfants consultants et de leur accompagnant

L'enquête a concerné des enfants de moins de cinq ans qui se sont présentés à la consultation des enfants malades pendant une année, de juillet 1993 à juin 1994. La sélection des enfants enquêtés s'est effectuée en deux temps :

- une première enquêtrice a procédé à l'identification du domicile de tous les enfants de moins de cinq ans consultants provenant des trois secteurs constituant la zone d'enquête ; ceci a concerné 2 188 enfants. Ces données ont permis de faire un travail sur les aspects géographiques de l'accès aux soins (ROGER-PETITJEAN, 1996) ;

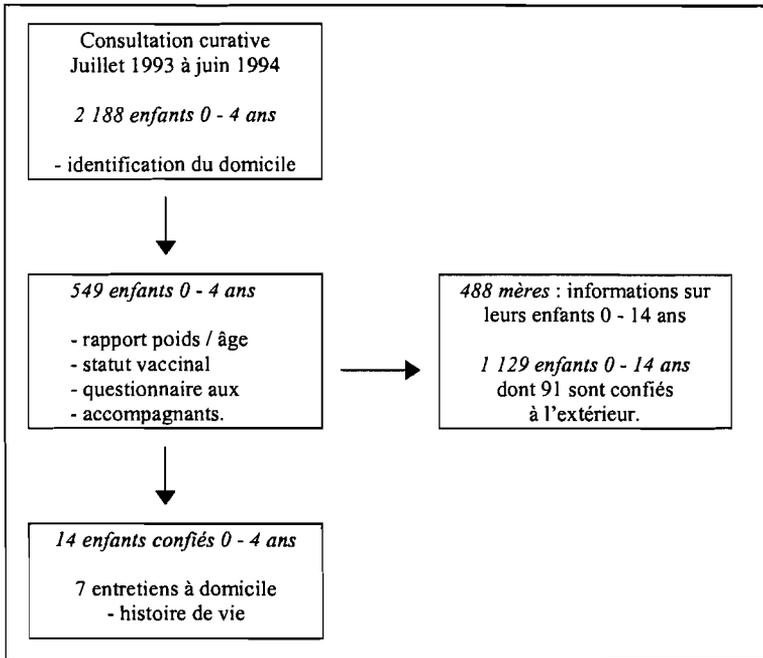
- une deuxième enquêtrice a choisi des accompagnants parmi ceux des 2 188 enfants ci-dessus, pour leur proposer un questionnaire.

Le choix s'est fait sur les éléments suivants : l'acceptation de l'accompagnant liée à sa disponibilité, à la gravité de l'état de santé de l'enfant et la durée du questionnaire (en moyenne, il était possible d'en réaliser 4 par jour) ; les entretiens se sont déroulés dans le hall d'attente de la consultation curative. 549 enfants ont été ainsi retenus (figure 1).

Le choix de ces enfants n'ayant pas un caractère entièrement aléatoire, l'échantillon ne peut être considéré comme représentatif de l'ensemble des consultants, la présentation des résultats ne peut donner lieu à des comparaisons statistiques.

Le questionnaire a permis d'appréhender la situation familiale de l'enfant ; les dates des vaccinations ont été relevées sur le carnet de santé afin de déterminer un score vaccinal ; enfin, une pesée a été effectuée pour évaluer le statut nutritionnel d'après le rapport poids/âge⁴. Dans un deuxième temps des entretiens à domicile ont été réalisés dans les ménages des enfants représentatifs, choisis d'après les données du questionnaire.

⁴L'âge de l'enfant est calculé en mois d'après la date de naissance inscrite dans le carnet de santé ; le poids (mesuré par pesée sur une balance à plateau mécanique) est rapporté en regard de l'âge sur une courbe de croissance poids/âge standard de l'OMS (WHO 83618), qui permet d'apprécier si l'enfant souffre d'une malnutrition protéino-calorique modérée (80 à 70 % de la norme), ou grave (inférieure à 70 % de la norme).



■ Figure 1
Caractéristiques de la population enquêtée.

L'ampleur du confiage a pu être évaluée de deux manières : en déterminant la proportion d'enfants confiés parmi les 549 enquêtés (enfants de moins de cinq ans), et en interrogeant les femmes qui les accompagnent sur leurs enfants biologiques de moins de 15 ans qui ne vivent pas avec elles. Les caractéristiques du confiage (cause, vécu) ont été appréhendées à la fois par des éléments du questionnaire, et par les entretiens à domicile.

Pour caractériser l'accès aux soins, plusieurs éléments ont été pris en compte : l'identité de l'accompagnant, le score vaccinal de l'enfant, son état nutritionnel, et des éléments relevés lors des entretiens (représentations relatives à l'investissement des enfants par les tuteurs).

Estimation de la fréquence du confiage des enfants

Les mères accompagnantes : une femme sur huit a confié un enfant à l'extérieur de l'unité domestique

Des informations ont pu être obtenues auprès de 488 femmes accompagnantes sur le lieu de vie de leurs enfants biologiques de moins de quinze ans ; le nombre total des enfants vivants de ces femmes est de 1 129 enfants (soit en moyenne 2,3 enfants par femme).

Au total, 63 femmes sur 488, soit 12,7 % d'entre elles, ont au moins un enfant de ces âges qui ne vit pas avec elles. Donc parmi leurs 1 129 enfants biologiques, 91 d'entre eux, soit 8,1 %, ne résident plus avec leur mère biologique, mais sont confiés à un autre parent.

Ces résultats sont vraisemblablement plus faibles que dans la population générale des mères puisque nous nous sommes adressés à une population de femmes amenant en consultation un enfant malade de moins de cinq ans, donc plus jeunes : dans l'Enquête Démographique et de Santé, 40,5 % femmes sont âgées de 15 à 24 ans, alors que plus de la moitié des femmes dans notre étude (56,3 %) appartiennent à ce groupe d'âges.

Une faible proportion d'enfants confiés parmi les consultants au centre de santé

Parmi les 549 enfants de moins de cinq ans formant l'échantillon, 14 enfants (soit 2,6 %) ne vivent pas avec leur mère biologique. Cette faible proportion peut s'expliquer à la fois par le jeune âge de ces enfants mais aussi par le mode de recrutement : lors d'une consultation curative dans un centre de santé.

Comme nous le verrons plus loin, le confiage avant l'âge de cinq ans est essentiellement le fait de situation de crise familiale. Après cinq ans, le confiage est plus fréquent, et se déroule alors dans un

contexte bien réglé ; l'enfant est considéré comme apte à quitter sa mère biologique et à être confié à un tuteur. D'après les éléments relevés lors des entretiens, l'enfant est alors confié après le sevrage (la durée médiane de l'allaitement est de 21,9 mois en milieu urbain au Burkina Faso ; KONATÉ *et al.*, 1 993) et, le plus souvent, à l'âge de la première inscription à l'école (6 ans).

Le recrutement des enfants à la consultation curative entraîne un biais car la répartition par année d'âge y est différente de celle de la population générale ; la moitié des enfants a entre 0 et 12 mois (52 % au CSPS d'Accart Ville en 1993) et, dans l'échantillon, 88,3 % des enfants sont des derniers nés.

Enfin, la sous-représentation des enfants confiés dans l'échantillon pourrait être expliquée par le fait qu'ils sont peut-être amenés moins fréquemment en consultation curative que les enfants biologiques, une hypothèse à vérifier.

■ Caractéristiques du confiage : circonstances et vécu

Le changement de situation matrimoniale de la mère : un motif du confiage des enfants

L'état matrimonial de la mère et le fait qu'un enfant soit né d'une union antérieure (formelle ou informelle) sont deux éléments qui peuvent expliquer la fréquence du confiage des enfants. Nous l'avons étudiée pour les enfants de moins de 15 ans.

Parmi les 488 mères de l'échantillon, 360 femmes sont actuellement mariées, elles ont eu 963 enfants vivants dont 8,4 % ne résident pas avec elles. Cette proportion d'enfants confiés à l'extérieur est un peu plus faible (6 %) parmi les enfants nés de mères célibataires (10 sur 166) ; mais la différence n'est pas significative. Le statut marital de la mère n'intervient donc pas sur la fréquence des confiages.

Par contre, les femmes qui ont changé de partenaires, ont tendance à davantage confier les enfants nés de l'union précédente ; ce constat se vérifie que la mère soit actuellement mariée ou non. Ainsi chez les femmes mariées, deux tiers de leurs enfants nés d'une union antérieure ne vivent pas avec leur mère biologique alors que seulement 3,3 % de ceux nés de l'union actuelle ne résident pas avec elle.

Chez les femmes célibataires, les enfants confiés sont tous nés d'une union antérieure, la proportion en est de 43,5 % (10 sur 23).

La tendance à confier ses enfants s'explique par le fait qu'un enfant sevré est considéré comme appartenant au lignage de son père : il est communément admis, selon les règles coutumières, qu'un enfant demeure au lieu d'habitation de son père.

Modalités du confiage des enfants amenés en consultations médicales

Quatorze enfants de 0 à 4 ans parmi les 549 enfants de notre échantillon sont des enfants confiés (5 filles et 9 garçons). Pour sept enfants, nous avons pu effectuer des entretiens à domicile (plusieurs pour certains), afin d'appréhender les événements expliquant leur confiage et analyser les liens de parenté avec le tuteur.

La grand mère, tuteur le plus fréquent

Quatre enfants vivent dans leur famille maternelle ; ils sont tous confiés à leur grand-mère.

Dix enfants vivent dans leur famille paternelle et parmi eux :

- six sont confiés à leur grand-mère ;
- un enfant est confié à une coépouse de la mère biologique ;
- trois enfants sont confiés à une soeur de leur père.

Le choix du tuteur ne semble pas guidé par le sexe de l'enfant. L'enfant est confié de préférence à la grand-mère par souci de cohésion familiale ; en effet, l'enfant dont les parents se sont séparés est vu comme le signe même de la désunion, il peut encore désunir. Or, la grand-mère, de par son âge, n'est plus directement impliquée dans les rapports conjugaux : l'enfant ne

peut menacer sa relation à son époux ; c'est donc elle qui apparaît la mieux à même de l'accueillir. Nous verrons plus loin que, paradoxalement, la grand-mère n'est pas le tuteur pouvant assumer la meilleure prise en charge sanitaire de cet enfant.

Le confiage de crise

Les événements ayant entraîné le confiage des enfants sont en relation avec une situation de crise familiale. Parmi les sept enfants des familles où des entretiens ont été menés, la situation ou le comportement de la mère expliquent la séparation avec ses enfants : soit elle est malade mentale, soit elle a abandonné l'enfant, soit celui-ci lui a été retiré à la suite d'une séparation du couple. L'histoire de ces enfants relate bien leur itinéraire familial.

Deux de ces enfants confiés ont une mère malade mentale considérée comme incapable de s'occuper de son enfant :

Mohamed, 54 mois, est un enfant bien vacciné et bien nourri. Son père a environ 70 ans. Après un premier mariage stérile, il a accepté d'épouser la soeur d'un de ses amis bien qu'elle soit malade mentale. Au 7ème mois de grossesse, il a confié sa jeune épouse à sa sœur. Depuis l'accouchement, cette dernière s'occupe de Mohamed (dont la mère a été ramenée dans sa famille). Cette tante paternelle, âgée d'environ 60 ans, a eu 11 enfants dont 7 résident encore avec elle. Elle a amené Mohamed à la consultation, car "il ne voulait plus manger et maigrissait". Les examens de selles conseillés ont été effectués et les médicaments prescrits achetés. Mohamed est un enfant choyé, car dit sa tante, "je dois faire ça pour mon frère, c'est son seul enfant".

La situation de Fatoumata est nettement moins favorable : âgée de 9 mois, elle est mal vaccinée et souffre d'une malnutrition sévère. La mère de Fatoumata a commencé à présenter des troubles psychiatriques lors d'un séjour au Mali, alors qu'elle était enceinte de son deuxième enfant. Fatoumata est son troisième enfant, son père est inconnu. Elle a été confiée à sa grand-mère maternelle ; elle a été conduite au centre de santé par une jeune tante. Lors du premier entretien, Fatoumata semblait bien prise en charge mais lors de visites ultérieures à la famille, la grand-mère laissait percevoir son découragement.

Deux des enfants confiés ont été abandonnés par leur mère :

La mère et le père d'Adama vivaient ensemble à Abidjan. Quelques jours après l'accouchement, la mère a abandonné le foyer. Une amie du père a ramené l'enfant dans sa famille paternelle à Bobo Dioulasso. Adama était âgé de 3 semaines lors de la consultation au centre de santé. Bien qu'il réside chez ses grands-parents, c'est une soeur de son père, Fatoumata, mariée et mère de 3 enfants et qui vit dans une concession proche, qui est considérée comme responsable d'Adama qu'elle allaite : "chez nous, entre frères et soeurs, on peut donner le sein". L'enfant dort avec sa grand-mère mais, selon Fatoumata "comme je ne suis pas loin, si la nuit il pleure, je peux venir lui donner le sein". L'enfant avait été amené à la consultation en raison de sa maigreur s'expliquant selon Fatoumata par le fait que "mon sein n'est pas bon pour lui mais il va s'habituer. Au CSPS, on m'a dit de continuer comme ça et de ne pas donner le biberon". Lors d'une visite ultérieure à la famille, l'enfant, âgé de 7 mois, était en bonne santé.

Ismaël, 34 mois, malnutri, est élevé par sa grand-mère paternelle. Lors de son arrivée dans la famille il a été traité au CREN pendant 7 semaines. Le père d'Ismaël vit maintenant dans la concession familiale. Pendant la première année suivant la naissance d'Ismaël, son père et sa mère vivaient en concubinage à Ouagadougou. La mère a ensuite quitté le foyer avec l'enfant. Après quelques mois, alors à nouveau enceinte, elle a déposé Ismaël chez l'employeur de son père. Après 3 mois, le père a décidé de retourner vivre chez ses parents à Bobo Dioulasso. Si le père se mariait, Ismaël resterait chez sa grand-mère, car "c'est elle qui fait tout pour l'enfant et souvent les autres femmes ne s'occupent pas bien des enfants de leur mari".

Trois enfants ont été retirés à leur mère à la suite de la séparation du couple. Deux enfants ont été confiés à leur grand-mère paternelle, un enfant est élevé par une coépouse de sa mère.

Arémou a 4 ans, il n'est pas vacciné. Ses parents, mariés, vivent séparés. La mère vit à Ouagadougou, le père à Bobo Dioulasso avec une autre femme. Dès qu'Arémou a été sevré, son père l'a repris et l'a confié à sa grand-mère. C'est essentiellement une de ses jeunes tantes qui s'occupe de lui.

Kadiatou a environ 3 ans. Son père et sa mère vivent séparés à Ouagadougou. Le père a décidé de reprendre l'enfant 6 mois plus

tôt, et l'a confié à sa grand-mère paternelle à Bobo Dioulasso. L'enfant n'a pas de carnet de santé.

Salif, environ 4 ans, est bien vacciné. Il est élevé par une coépouse de sa mère, laquelle a quitté le foyer conjugal lors de l'arrivée d'une troisième épouse. Salif a été accompagné au centre de santé par son père. Selon Djénéba, troisième épouse, Salif est le seul enfant bénéficiant de l'attention de son père : "c'est une affaire de préférence, il voudrait faire revenir la maman de Salif. Pour lui il paie tout mais quand les enfants de ma coépouse sont malades, il refuse de payer".

Ainsi, ces sept histoires d'enfants confiés de moins de cinq ans relatent toutes une crise familiale, liée soit à une maladie de la mère, soit à une désunion des parents. Le donneur s'est séparé de l'enfant par nécessité ; le tuteur ne l'a pas désiré, mais accepté au nom d'obligations morales et/ou sociales.

La souffrance occultée des mères qui confient leurs enfants

Nous avons pu recueillir des avis de mères qui se sont séparées de leur enfant pour le confier. Il est rare que les femmes donneuses manifestent leur désarroi. En effet, comme nous l'avons évoqué plus haut, dans la juridiction traditionnelle, l'enfant appartient à son père et c'est à lui de décider de son avenir. La souffrance de la mère et celle de l'enfant sont pareillement occultées, notamment lorsqu'il s'agit d'un don d'enfant (un confiage réglé en dehors d'une "crise familiale").

Peu après la naissance de son deuxième enfant, le mari d'Awa décide de confier le premier à sa soeur stérile, résidant à Bouaké : "Moi j'étais d'accord, j'ai eu la nostalgie, mais si tu ne remets pas l'enfant, ça fait des problèmes en famille". La cohésion familiale prime sur l'intérêt individuel. Comme d'autres mères dans la même situation, Awa essaie d'évacuer tout sentiment de culpabilité : "La tante s'en occupe très bien, je vais là-bas tous les ans. L'enfant lui-même voulait partir chez sa tante". Dans ces propos, la mère va jusqu'à évoquer la volonté d'un enfant, qui avait alors à peine 5 ans, comme argument justifiant le confiage.

À travers les propos de Rokia, autre mère qui va prochainement remettre sa fille à son géniteur, le même besoin de se justifier apparaît. Rokia, célibataire, a deux enfants de pères différents. Elle doit se marier avec le père du second enfant et sa fille va rejoindre la famille de son père. Rokia insiste sur le fait que son futur mari est prêt à accepter l'enfant : "Le papa du garçon ne fait pas la différence entre les deux. Ma fille, il la traite comme son garçon. J'aimerais l'amener après le mariage mais son père ne veut pas. J'ai dit qu'elle est trop petite, le père va attendre qu'elle ait 6 ans". Rokia s'apprête donc à épouser un homme qui, selon elle, accepterait volontiers dans son foyer un enfant né d'une union précédente. Ces propos font supposer l'émergence d'un point de vue différent parmi certains hommes.

Dans les cas où la garde de l'enfant n'est pas revendiquée par son père, les femmes évitent généralement d'avoir à imposer un enfant issu d'une union précédente à un nouveau compagnon : "il vaut mieux laisser l'enfant à ta maman car l'enfant n'est pas considéré comme les autres. Les hommes sont jaloux, tu peux leur parler des problèmes avec l'enfant mais c'est à toi de te débrouiller". Le nouveau compagnon est "jaloux", car cet enfant est le fruit d'une union précédente de sa femme.

"L'enfant a besoin de ses parents"

Les enfants confiés sont généralement présentés par les femmes interrogées comme moins heureux et moins bien soignés que les autres. La grand-mère d'Ismaël souligne que "les enfants qui ne sont pas avec leur maman, c'est rare qu'ils soient comme les autres".

Les femmes qui ne sont pas impliquées dans une relation donatrice/tutrice expriment des propos plus tranchés sur la situation des enfants confiés, considérant comme acquis que l'intérêt de l'enfant est de vivre avec ses deux géniteurs. L'enfant Aziz a été confié, lors du mariage de sa mère, à sa grand-mère maternelle qui, souvent absente, se décharge sur ses autres filles ; une tante qui n'habite pas dans la concession s'exprime ainsi : "l'enfant a besoin de son papa et de sa maman. Tu vois Aziz, il pense souvent, il reste assis comme ça. Si c'est pas les parents, l'enfant n'est pas bien entretenu. L'enfant n'est jamais entretenu à 100 %. La vieille dit qu'elle doit chercher l'argent pour lui. Sa

maman vient le voir tous les 2 jours ; le mari ne veut pas qu'elle amène Aziz chez elle ; elle a un bébé. Certains disent que si tu prends l'enfant d'autrui, en grandissant il va se fiche de toi”.

Ces différents récits et histoires de vie révèlent un ensemble de raisons qui justifient la séparation des mères et de leurs enfants. Cette variété de situations peut expliquer des comportements et soins différentiels entre enfants biologiques et enfants confiés, surtout lorsque ces enfants confiés sont accueillis en réponse à des obligations familiales. C'est ce que nous allons tenter d'analyser à travers les résultats de nos enquêtes.

■ L'accès aux soins des enfants

La qualité de l'accès aux soins des enfants a été évaluée à partir de quatre éléments :

- le tuteur a-t-il accompagné l'enfant au centre de santé ?
- l'accompagnant est-il en mesure de présenter un document de santé de l'enfant ?
- l'enfant est-il correctement vacciné ?
- l'état nutritionnel de l'enfant est-il normal ?

L'accompagnement de l'enfant au centre de santé

Accompagner son enfant malade à la consultation peut être considéré comme un bon indicateur de l'investissement du tuteur pour la prise en charge de l'enfant qui lui a été confié. Alors que seulement cinq sur quatorze des enfants confiés ont été accompagnés au centre de santé par leur mère adoptive (35,7 %), presque la totalité (95,7 %) des enfants vivant avec leur mère biologique ont été amenés par elle en consultation (512 sur 535 enfants).

Parmi les 4 enfants vivant dans leur famille maternelle qui sont tous confiés à leur grand-mère, un seul a été accompagné par elle

au centre de santé. Les autres ont été accompagnés par une tante, ou par une cousine.

Parmi les dix enfants vivant dans leur famille paternelle, six enfants sont confiés à leur grand-mère, une seule a accompagné l'enfant au centre de santé, trois ont été présentés à la consultation par une tante, deux par un oncle.

Un enfant, confié à une coépouse de la mère biologique, a été accompagné au centre de santé par son père. Trois enfants confiés à une tante sont venus avec elle à la consultation.

Il apparaît que lorsque les enfants sont confiés à leur grand-mère, on observe une dilution de la responsabilité à l'égard de l'enfant, qui se trouve sans répondant précis de sexe féminin, mais ce comportement peut s'expliquer par la position sociale de cette grand-mère. Tutrice la plus fréquente pour les raisons mentionnées ci-dessus, elle est soumise à des contraintes et obligations qui ne lui permettent pas toujours une prise en charge optimale de l'enfant. Tout d'abord, alors qu'elle est dégagée de la plupart des tâches ménagères, elle doit s'absenter fréquemment de la concession familiale pour se rendre à des cérémonies (décès, baptêmes ...), laissant l'enfant à la garde de ses tantes. D'autre part, il lui est quelquefois proscrit de se rendre en des endroits fréquentés par les femmes en âge de procréer (il y a parfois une suspicion de sorcellerie à l'égard des femmes âgées), donc au centre de santé (elle ne s'y rend que si elle est souffrante et elle-même accompagnée). Enfin, la grand-mère n'a plus d'autonomie financière, elle ne gère plus les biens du ménage (vivres, prix des condiments...).

Par contre, les tantes, lorsqu'elles sont officiellement investies de la responsabilité de l'enfant, semblent le traiter comme leur enfant biologique.

D'autres éléments peuvent également entrer en ligne de compte dans le choix de l'accompagnateur d'un enfant malade au centre de santé : en effet la décision du type de soins à prodiguer n'émane pas toujours des parents biologiques de l'enfant ni de son tuteur, mais parfois d'une aînée. Des contraintes économiques peuvent aussi conditionner le choix de l'accompagnateur, qui pourra être la personne matériellement en mesure de payer ces soins. Il est possible aussi que les femmes âgées pour des raisons d'éloignement géographique mais aussi pour des problèmes de communication avec le personnel médical hésitent à se rendre dans ces structures sanitaires et délèguent cette responsabilité.

Appréhension de l'état de santé de l'enfant

La possession d'un carnet de santé : un indice du suivi post-natal

Si presque tous les enfants élevés par leur mère biologique possèdent un carnet de santé 97,6 % (522 sur 535 enfants), seulement un peu plus de trois-quarts des enfants confiés (78,6 %, soit 11 des quatorze enfants confiés) possèdent ce document. Cette différence est à mettre en relation avec les circonstances du confiage. Le carnet de suivi de l'enfant est remis à la mère lors de la consultation prénatale, il sert également au suivi de la grossesse. Il est probable que ce carnet se soit perdu lors de la séparation avec la mère, surtout si la mère a abandonné son enfant ou si elle est malade mentale.

Score vaccinal et état nutritionnel des enfants

Pour chaque enfant, dont l'accompagnant peut présenter un carnet de santé ou une carte de vaccination, des scores de vaccination ont été établis. Ils sont fonction de l'âge de l'enfant au moment des différents actes vaccinaux. Ces scores vont de 0 à 6, le score le plus élevé étant attribué aux enfants dont tous les actes vaccinaux ont été effectués aux âges préconisés par le calendrier en vigueur. Seuls ont été pris en considération les enfants âgés d'au moins 8 mois (310 enfants dont 9 enfants confiés).

Plus de deux enfants sur trois (68,1 %) des enfants élevés par leur mère biologique ont un bon score, égal ou supérieur à 3 ; parmi les enfants confiés, seulement deux sur neuf ont un bon score. La situation vaccinale diffère donc selon que les enfants sont, ou non, élevés par leur mère biologique. Il est cependant possible que ce manque de complétude dans les vaccinations ne soit pas dû exclusivement à une certaine négligence du tuteur mais aussi aux conditions de vie de l'enfant avant d'être confié.

Sur le plan nutritionnel, le rapport poids/âge a été évalué sur la base des catégories de la courbe de croissance de l'OMS utilisée dans les structures de soins. Les enfants élevés par leur mère biologique (386 enfants pour lesquels le rapport poids/âge a pu être évalué) sont 265 à être bien nourris (68,7 %) et 121 à souffrir d'une malnutrition modérée ou sévère. L'échantillon d'enfants confiés

pour lesquels le rapport poids/âge a pu être évalué, est trop faible pour faire une comparaison, cependant, sur cinq enfants, trois souffrent de malnutrition sévère.

Ainsi, il semble que les enfants confiés de notre échantillon ont un moins bon accès aux soins que les enfants élevés par leur mère biologique : ce n'est pas toujours leur tuteur qui les amène consulter quand ils sont malades, souvent ils n'ont pas de carnet de santé, et ils sont moins bien vaccinés. Il est probable qu'ils fréquentent moins les services de santé : ceci expliquerait leur faible nombre dans notre échantillon, hypothèse qu'il convient de vérifier dans d'autres études. Toutefois, la faiblesse de la taille de notre échantillon ne nous permet pas de généraliser ces conclusions.

Les causes qui justifient ces différences de comportements entre enfants biologiques et enfants confiés sont vraisemblablement davantage liées à la crise familiale qui a entraîné le confiage des enfants et aux circonstances qui ont induit cette crise, qu'à un mauvais traitement systématique par la famille d'accueil. Parmi les enfants confiés dont les histoires ont été décrites plus haut, certains sont choyés par leur entourage.

La qualité de la prise en charge de la santé de l'enfant confié est certainement très différente selon les motifs du confiage. Les enfants désirés par leurs tuteurs (notamment en raison de la stérilité du couple), ne sont pas dans la même situation que les enfants recueillis en vertu d'une obligation sociale et morale, situation qui caractérise les enfants confiés avant l'âge de 5 ans. Dans ces cas, c'est une décision familiale qui désigne la tutrice de l'enfant⁵.

L'enfant confié dans la prime enfance : un enfant à risque ?

Dans les services de santé du Burkina Faso, les supports utilisés pour la consultation des enfants de moins de cinq ans indiquent des facteurs ("facteurs de risque⁶") à prendre en compte par le

⁵Dans un autre contexte (zone rurale du Mali), S. CASTLE (1995) fait le même constat, et souligne que ce n'est pas le confiage lui-même qui a un impact sur le statut nutritionnel de l'enfant, mais le contexte du confiage.

⁶"Tout critère dont dépend la probabilité de survenue d'un événement morbide" (ROGER et ROUGEMONT, 1989).

personnel pour proposer un suivi plus rapproché de l'enfant. Parmi ceux-ci, on relève le fait d'être "orphelin", et que les parents soient "séparés". Il peut sembler pertinent, d'après nos travaux, de retenir également le fait que l'enfant "ne vive pas avec sa mère biologique". Mais il conviendra alors d'analyser les raisons de la séparation entre l'enfant et sa mère, pour voir si elles risquent réellement d'être préjudiciables à la santé de cet enfant. Si ces enfants sont confiés dans de mauvaises conditions, il faudrait leur faire bénéficier, à partir de leur consultation dans un centre de santé, d'une prise en charge particulière avec un suivi rapproché de son développement psychomoteur et de son état sanitaire (en particulier vaccinal) et nutritionnel, si nécessaire, par des visites au domicile de l'enfant et de son tuteur.

Le confiage en lui-même ne procure pas forcément un statut défavorable à l'enfant, mais ce sont les circonstances de la crise familiale qui ont conduit à ce placement de l'enfant qui peuvent le mettre en situation de vulnérabilité. Pour les enfants de moins de cinq ans, le confiage est pratiquement toujours lié à une situation de crise familiale. Ils sont non seulement séparés de leur mère, souvent de façon brutale, mais, de plus, ils sont confiés à un tuteur qui parfois ne les a accueillis que par obligation sociale et risquent ainsi de bénéficier d'un moindre soutien affectif. Pour d'autres enfants, au contraire, leur situation familiale peut se trouver améliorée par leur confiage, comme le montre le cas de Salif (voir supra).

Conclusion

L'étude d'un échantillon d'enfants amenés en consultation curative dans un centre de santé de Bobo Dioulasso nous a fourni des éléments sur le phénomène de confiage parmi les enfants de moins de cinq ans en milieu urbain. La proportion d'enfants de cette tranche d'âge confiés à une autre femme que leur mère biologique est faible. Après cinq ans, la fréquence du placement est plus élevée puisque, en cas de séparation des parents, l'enfant rejoint encore très fréquemment le domicile de son père.

Le confiage avant cinq ans est un événement rare, survenant presque exclusivement lors d'une crise familiale. Lorsque l'enfant est suspecté d'être responsable de la désunion de ses parents, il est confié habituellement à l'une de ses grand-mères. Le mode de constitution de notre échantillon, à partir de la consultation dans un centre de santé, explique certainement aussi cette faible fréquence du nombre d'enfants confiés.

La prise en charge de la santé de l'enfant confié semble moins bonne que celle des enfants vivants avec leur mère biologique : ils n'ont pas le même accès aux prestations de soins préventifs et curatifs. Mais cette étude présente cependant quelques limites qui ne nous permettent pas de généraliser ces conclusions :

- la faible taille de notre population d'enfants confiés limite la portée de l'analyse ;
- la conduite de l'enquête dans un centre de santé, dont les consultants ne sont pas forcément représentatifs de la population générale, vue la multiplicité des recours thérapeutiques pratiqués pour soigner les enfants et les difficultés d'accès aux soins pour certaines populations.

Cette étude a permis d'aborder certains aspects touchant au statut de l'enfant et au rôle de la famille dans sa prise en charge, qui sont, soit peu documentés jusque-là, soit en évolution, car liés aux mutations de l'environnement urbain africain. Il en est ainsi, entre autres, de l'impact de l'application progressive d'une juridiction récente (le Code de la Famille), du devenir de pratiques liées au système coutumier (appartenance de l'enfant au lignage du père), de l'impact de l'endémie de sida sur les pratiques de confiage et d'adoption (et les représentations mobilisées dans ces circonstances).

Ces aspects mériteraient des études complémentaires et des analyses plus approfondies sur la prise en charge et les comportements vis-à-vis des enfants, enfants biologiques comme enfants confiés, dans les soins au quotidien, la gestion de leurs problèmes de santé mais aussi leur accès à la scolarisation. Ces études doivent être réalisées auprès d'un échantillon assez important pour permettre d'apprécier la significativité des éventuelles différences ; elles doivent être conduites auprès des ménages afin d'éviter les biais de recrutement à partir des structures sanitaires et permettre des comparaisons plus approfondies entre les enfants. Il importe également d'analyser

les circonstances du confiage : situation familiale, ancienneté... afin d'apprécier si les problèmes rencontrés par les enfants dépendent ou non de cette situation. De telles recherches pourraient permettre d'apporter au personnel des services socio-sanitaires des informations utiles pour une meilleure prise en charge de ces enfants.

Remerciements

Cet article a été revu et corrigé par François Petitjean que nous tenons à remercier pour le travail accompli. Nos remerciements s'adressent également à Doris Bonnet, anthropologue, et Bernadette Kanki, sociologue, pour leur lecture attentive et critique de cet article.

Bibliographie

Anonyme, 1989 –
Code des personnes et de la Famille du Burkina Faso. Zatu
n° AN VII 0013/FP/PRES, 215 p.

Anonyme, 1990 –
Schéma de développement et d'aménagement urbain de Bobo Dioulasso. Ministère de l'équipement, Coopération française, 545 p.

Anonyme, non daté –
Les droits de la famille au Burkina Faso. Ministère de l'Action Sociale et de la Famille, Ministère de la Justice, 119 p.

BLEDSON C., 1994 –
"The social construction of reproductive outcomes : social marginalization in Sub-Saharan Africa", in Locoh T., Hertrich V., édés, *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Liège, Dérouaux-Ordina Editions. 221 – 234.

CASTLE S. E., 1995 –
Child fostering and children's

nutritional outcomes in rural Mali : the role of female status in directing child transfers. *Social Science and Medicine*, 40, 5, 679 – 693.

GOODY E. N., 1982 –
Parenthood and Social Reproduction. Fostering and Occupationnal Roles in West Africa. Cambridge University Press, Studies in Social Anthropology.

ISIUGO-ABANIHE U. C., 1994 –
"Parenthood on Sub-Saharan Africa : child fostering and its relationships with fertility", in Locoh T., Hertrich V., édés, *The Onset of Fertility Transition in sub-Saharan Africa*, Liège, dérouaux-Ordina Editions : 163 – 174.

KONATÉ L., SINARÉ T., SEROUSSI M., 1993 –
Enquête Démographique et de Santé Burkina Faso, Institut National de la Statistique et de la Démographie. Macro International Inc., 296 p.

LALLEMAND S., 1993 –
*La circulation des enfants en société
traditionnelle – Prêt, don, échange.*
L'Harmattan, Paris, 221 p.

LALLEMAND S., 1994 –
*Adoption et mariage, Les Kotokoli du
centre du Togo.* L'Harmattan,
Paris, 279 p.

MORLEY D., 1977 –
*Pédiatrie dans les pays en
développement : problèmes
prioritaires.* Flammarion Médecine
Sciences, Paris, 406 p.

PILON M., 1995 –
*Les enfants confiés : propositions
pour des analyses comparatives .*
Communication à l'Atelier sur la
santé de la reproduction dans les
pays à croissance rapide, Abidjan
10 - 13 mai 1995, 5p.

ROGER M., ROUGEMONT A., 1989 –
« Programmes de santé maternelle
et infantile ». In : Rougemont A.,
Brunet-Jailly J., éd. : *Planifier,
gérer, évaluer la santé en pays
tropicaux*, Paris, Doin : 583 – 623.

Pluralité des soins aux petits enfants

Le cas des Moose de la ville de
Ouagadougou (Burkina Faso)

Christine Ouédraogo¹
Sociologue

I Introduction

De nombreux chercheurs ont analysé dans différents contextes culturels les pratiques de maternage ; leur complexité nécessite une observation suivie sur le long terme et parmi les méthodes d'observation, le recours aux techniques cinématographiques s'avère d'un apport précieux (EPPELBOIN, 1993). Depuis les années quatre-vingt, les soins aux petits enfants font l'objet d'une attention particulière. BRIL (1994), notamment, a mis en évidence que les comportements relatifs à la petite enfance sont étroitement liés à l'environnement culturel et social dans lequel évolue la mère de l'enfant. Un trait culturel spécifique à un groupe social peut expliquer d'apparentes anomalies préjudiciables à la santé des enfants. Ainsi, au Mali, la mortalité infantile est supérieure chez les nobles - les Touareg - à celle de leurs anciens captifs - les Bella ; en effet, les enfants de ces nobles sont élevés par de jeunes servantes inexpérimentées alors que les enfants des captifs ne quittent pas leur mère et font

¹Une version proche de ce texte a été publiée dans le n° 6 des Travaux de l'UERD de mai 1996.

l'objet de soins permanents (HILL et RANDALL, 1984). Chez les Peul et les Dogon du Mali, la gestion de la santé des enfants dépend largement de la position de la mère dans la famille et de son entourage direct (CASTLE, 1993).

Les conditions d'accès aux soins sont également l'un des facteurs qui peuvent expliquer l'attitude des mères dans la façon de soigner leurs enfants. De nombreux rapports et études ont relevé la sous-utilisation des services de santé et leur mauvaise fréquentation (CIARDI, 1993), même en milieu urbain. À Ouagadougou, cette faible fréquentation n'est pas seulement due, selon nous, à une insuffisance de l'offre de prestations puisque la ville dispose de nombreuses formations sanitaires tant publiques que privées. Le problème pourrait résider dans la distance culturelle qui existe entre la clientèle potentielle et l'organisation des services (temps d'attente, accueil, coût des prestations...).

À travers cet article, nous nous proposons de comprendre comment les soins aux petits enfants sont dispensés. Nous étudions plus particulièrement l'interaction entre la mère, son enfant et le milieu environnant chez les Moose de Ouagadougou à partir des résultats d'une enquête menée dans cette ville.

■ Méthodologie

L'enquête s'est déroulée d'août 1992 à mai 1993, dans la ville de Ouagadougou auprès d'un échantillon initial de quatre-vingts femmes, dont quarante femmes non scolarisées et quarante femmes qui ont suivi l'ensemble du cycle d'enseignement primaire uniquement. Un échantillon d'une telle taille a été choisi afin d'obtenir, lors du suivi, un échantillon d'au moins trente femmes de chaque catégorie, après les déperditions qui ne manquent pas de se produire à la suite de la mobilité spatiale ou du décès de leurs enfants. Cette enquête a concerné en définitive cinquante-neuf femmes moose de statut socio-économique assez semblable, pour amoindrir l'influence des facteurs autres que la scolarisation : il s'agit de ménagères dont le mari est petit employé du public ou du

privé ou petit commerçant ou artisan, primipares afin de limiter les effets dus à l'expérience antérieure d'une grossesse, venues accoucher à la maternité². Ces femmes ont été sélectionnées le jour de leur accouchement.

Le suivi a été fait sur une durée de huit à dix mois en raison, d'une part, du niveau élevé de la mortalité infantile, mais également afin de saisir les variations saisonnières qui interviennent au cours de l'année, à cause des épidémies qui déciment la population enfantine. D'autre part, un suivi sur une longue période est nécessaire pour observer les modifications éventuelles dans l'alimentation de l'enfant qui sont susceptibles d'intervenir en général à partir du sixième mois. VAUGELADE et DUBOZ (1991) situent la période la plus critique de la mortalité infantile au Burkina Faso au moment de la saison chaude pendant laquelle sévit une forte chaleur de mars à mai. La mortalité infantile dans le pays est élevée (124 pour mille selon l'enquête démographique de 1991) et associée à une morbidité très forte par paludisme, infections respiratoires et diarrhées principalement.

Quatre à douze passages nous ont permis de recueillir des données sur les pratiques de soins accordées au nouveau-né auprès de ces cinquante-neuf femmes et de leur bébé. L'inégalité dans le nombre des passages est due à la très grande mobilité des femmes dont une partie est allée au village un certain temps après l'accouchement. Les femmes sélectionnées à la maternité ont ensuite été suivies à domicile à raison d'une visite au moins tous les quinze jours. Cet intervalle relativement court a pour but d'éviter les pertes d'informations suite à des erreurs de mémoire. Néanmoins, en cas de maladie de l'enfant, les passages étaient plus rapprochés afin de rassembler des renseignements sur les itinéraires thérapeutiques. Les questions ont été posées en *moore*³ par des enquêtrices non professionnelles de la santé et elles ont concerné tous les soins accordés au petit enfant, de la naissance à la fin de la première année de la vie. Elles ont porté également sur les pratiques de prévention et de traitement des maladies du bébé, ainsi que sur son alimentation.

²En milieu urbain, plus de 90 % des femmes accouchent à la maternité.

³Le *moore* est la langue des Moose.

Dans la mesure où les pratiques de soins font l'objet d'un processus diffus, constitué d'une somme importante de gestes qui peuvent sembler futiles aux yeux des acteurs eux-mêmes, l'enquête à passages répétés s'est avérée d'un grand intérêt pour obtenir des informations précises sur toutes les pratiques mises en oeuvre (KROEGER, 1983). L'entretien semi-directif sur l'état de santé au moment du passage et sur les pratiques de soins récentes facilite également la reconstitution des itinéraires thérapeutiques. L'observation permet de compléter le non-dit et de vérifier les déclarations des sujets (FASSIN, 1990).

Dans l'approche anthropologique où l'on s'attache à l'étude d'un processus, ce n'est pas tant la représentativité de l'échantillon qui constitue l'aspect principal que la description et la précision des activités d'une catégorie de femmes bien précise ou encore l'explication que l'on accorde aux pratiques. Cette explication s'inscrit dans la représentation que les populations étudiées ont non seulement de leur corps, des maladies mais aussi de leur position dans le groupe et plus généralement de leurs conditions d'existence. Cette approche permet de choisir des indicateurs plus fins, non stéréotypés (cas des protections traditionnelles) et qui correspondent aux pratiques en vigueur dans le milieu étudié. L'action du milieu culturel étant déterminante à tous les moments du processus de soins, l'étude de ce contexte, de l'organisation sociale qui assigne à chaque acteur un rôle bien précis est incontournable.

L'environnement géographique et culturel

La ville de Ouagadougou est la capitale administrative et politique du Burkina Faso, pays sahélien dont environ 85 % de la population vit en milieu rural. Ouagadougou est composée de différentes ethnies dont celle des Moose constitue la fraction la plus importante de la population. Une grande proportion de ses habitants est constituée de nouveaux migrants qui demeurent très attachés à leur village d'origine et gardent des liens très forts avec leur réseau familial. La population que nous étudions est composée exclusivement de Moose.

Les fondements socioculturels des comportements des Moose sont façonnés par le *rog n'miki*, locution signifiant "né et

trouvé”, et qui définit un ensemble de valeurs et de normes régissant non seulement les relations sociales des membres du groupe, leurs devoirs et leurs droits, mais aussi leurs conduites et comportements quotidiens conformément à la coutume. Ce *rog n'miki* sert de guide de référence aux populations, tout au long de leur vie, et ce dès la naissance : il “façonne” les individus et contribue à les intégrer à leur groupe d'appartenance, à les socialiser. Le *rog n'miki* n'est pas statique et uniforme au cours de la vie, car il intègre les expériences individuelles et subit des transformations tout au long de la vie en fonction des conditions d'existence. Nous pouvons l'assimiler à l'*habitus* que BOURDIEU (1980) définit comme « un ensemble de dispositions acquises souvent dès l'enfance par imprégnation des valeurs du milieu » qui détermine les conduites des acteurs sociaux.

■ La naissance et les premiers soins à l'enfant

L'attitude de la mère lors de l'accouchement et face à l'enfant dépend largement de son environnement familial et culturel immédiat.

En milieu rural, il est d'usage qu'un nouveau couple demeure dans la cour paternelle, au moins un certain temps. Au moment de l'accouchement de la jeune femme, la mère du mari se charge des soins du nouveau-né et de sa maman.

En milieu urbain, même si le couple ne vit pas dans la cour familiale, il est toujours d'usage que la mère du mari vienne assister sa belle-fille à l'accouchement et donne les soins au nouveau-né. Ainsi, lors de l'enquête, nous avons pu constater que bien qu'un peu plus d'un tiers des couples ne vivent pas dans la cour familiale (37 % des cas), pour près de la moitié des femmes (45 % des cas), la belle-mère est venue l'assister lors de l'accouchement. En l'absence de la belle-mère, c'est la mère de la jeune femme qui assiste sa fille (25 % des cas dans notre

enquête), plus rarement une tante, une coépouse plus expérimentée ou une parente plus lointaine ; parfois, une voisine de quartier, originaire de la même région que le père de l'enfant fait office de vieille femme, à condition qu'elle ait déjà mis au monde plusieurs enfants.

La jeune mère qui ne dispose pas d'une vieille femme de confiance à côté d'elle retourne dans la famille de son mari au village ou dans sa propre famille pour y accoucher. C'est ainsi que, dans notre étude, nous avons perdu de vue une partie non négligeable des femmes sélectionnées à la maternité lors de leur accouchement.

Dans une première phase, la jeune mère n'a aucune initiative ; ce n'est que progressivement qu'elle apprend - par observation de la vieille femme - les gestes et processus de soins destinés à maintenir son enfant en bonne santé. La phase de socialisation au savoir-faire de mère-épouse est un processus en tout point conforme à celui d'apprentissage des autres savoir-faire, par observation d'abord pendant une période d'au moins un mois, ensuite par imitation. Cet apprentissage se prolonge pendant plusieurs mois et la vieille femme sert toujours de référence lorsque quelque chose d'anormal se produit.

Le rôle de ces vieilles femmes est d'autant plus important que certaines mères sont parfois soumises à des interdits lors de la période post-partum. Ainsi, comme nous avons pu l'observer dans des familles musulmanes (55 % de la population de Ouagadougou et 66 % de notre échantillon), il est d'usage d'observer une période de réclusion de sept jours après la naissance pendant laquelle la mère demeure "enfermée" dans une chambre dont elle ne sort que le jour du baptême de l'enfant. La femme est considérée comme impure pendant cette période en raison de l'écoulement de sang (BONNET, 1988), tout comme pendant la période des menstruations ; elle ne peut donc pas préparer à manger, ni toucher à quoi que ce soit risquant de contaminer son entourage. Cette vieille femme procède à la toilette du bébé et à celle de la jeune mère et effectue tous les soins permettant au nouveau-né d'être en bonne santé, c'est-à-dire des soins tant préventifs que curatifs ainsi que des soins alimentaires.

Les soins à la naissance et les pratiques préventives du petit enfant

Dès la naissance, et même avant avec les rites qui précèdent l'accouchement, l'enfant est l'objet d'un grand nombre de soins destinés à lui permettre de rester en bonne santé.

Les soins à la naissance

Le placenta de l'enfant, appelé *naaba*, (littéralement "chef") est soigneusement recueilli par la tante paternelle (*pugdba*), et enterré profondément le jour même de la naissance, dans un pot en terre, dans la cour paternelle. Le placenta est considéré comme le double de l'enfant et les génies malfaisants ne doivent pas s'en emparer (BONNET, 1988). Le cordon ombilical est également enterré avec les cheveux rasés le jour du baptême musulman, ou enroulés dans une peau et portés en amulette autour du cou, du bras ou de la taille.

Le nouveau-né est appelé *bi peelga* ("enfant blanc") car il semble blanc, recouvert de vernix caseosa. Il est également appelé *saana* ("étranger") et n'est vraiment intégré dans la famille qu'au moment où on lui donne son nom, qui intervient dans le cas d'un enfant de famille musulmane le jour de son baptême, soit une semaine après la naissance. Ce prénom est en général donné par un homme âgé, en référence au nom d'un aïeul ou aux circonstances de la grossesse ou de l'accouchement. En milieu urbain, l'obligation de la déclaration de naissance dès la maternité ou une semaine après l'accouchement bouscule les délais mais en milieu rural, le nom de l'enfant est connu plus tardivement, dans une période allant jusqu'à un mois après la naissance.

La toilette du nouveau-né est l'occasion d'un cérémonial bien réglé où chaque partie du corps reçoit des soins spécifiques. Le nouveau-né est considéré comme sale jusqu'à ce que des lavements et gavages aient purifié son corps de tout ce qui était sale, *regdo*. On ne lui donne pas le premier lait de sa mère à téter, car ce lait est considéré comme impur : le colostrum en effet de couleur blanchâtre est assimilé au sperme de l'homme qui doit être évacué avant que le lait ne devienne propre. Ainsi, dans notre enquête, plus de la moitié des jeunes mères (53 %) ont

été invitées à jeter le premier lait par leur conseillère, avant de mettre l'enfant au sein.

Les soins accordés au nombril après la chute du cordon ombilical, le soufflage dans les orifices (oreilles et narines), le massage du corps et l'étirement des membres, le lavement tout comme le gavage sont autant de pratiques révélatrices de la manière dont le milieu perçoit le corps. Ainsi, le nez du bébé est soigneusement massé pour être bien droit, le crâne de l'enfant est modelé à l'eau chaude et frotté avec du beurre de karité, les seins du petit garçon sont aplatis afin qu'ils ne se mettent pas à pousser. L'excision plus tardive de la petite fille a pour but de confirmer son sexe féminin, les petites lèvres constituant une ambiguïté. Les bains de siège sont destinés à éviter les maladies anales.

Il existe plusieurs variantes dans les soins, par exemple pour ceux du nombril : si toutes les femmes effectuent des attouchements avec le beurre de karité pour hâter la chute du cordon et la cicatrisation du nombril, certaines femmes enduisent l'emplacement du cordon de poudre de bouillon de viande ou de vaseline mélangée à du sel. Les instruments de toilette eux-mêmes varient en fonction des ressources de la famille et des habitudes de la femme qui donne le bain au bébé. Si la toilette n'est pas effectuée dans les règles, ou si l'eau n'est pas assez chaude, il peut s'en suivre des troubles de la santé.

Les premiers lavements ont pour fonction d'évacuer toutes les saletés du corps du nouveau-né, quant aux gavages, ils ont pour rôle de réchauffer le ventre du bébé et de le nourrir. Lavements et gavages sont effectués avec une décoction à base de plantes, d'écorces ou de racines. Le choix de ces plantes est minutieux et spécifique selon le sexe de l'enfant, son âge et son état général. Si une minorité de femmes utilisent encore la bouche pour effectuer les lavements et la calebasse pour recueillir leur évacuation, la plupart dispose maintenant de poires à lavement et de pots pour mener cette tâche.

Les pratiques préventives

Ces pratiques ont pour objectifs de préserver l'hygiène du milieu, mais aussi l'enfant contre les maladies.

La protection des lieux peut s'effectuer en brûlant des nids d'hirondelles ou de l'encens dans la pièce où est couché l'enfant, ou en lui glissant un brin de balai dans les cheveux pour ne pas le laisser seul. Ces pratiques sont destinées à éloigner les mauvais esprits qui pourraient agresser l'enfant. Les règles de propreté, au titre desquelles figure la toilette, se réfèrent également à la conception du propre et du sale en vigueur dans le groupe (POLONI, 1990) et donc à un certain maintien de l'hygiène. Jeter les selles du bébé dans la cour n'est pas considéré comme sale, car elles n'ont pas la même consistance que celles des plus grands et, de plus, en milieu rural les déchets humains sont destinés à fertiliser la terre. La maman essuie d'ailleurs les fesses du bébé avec un pagne qui se trouve à sa portée. Il n'est pas rare de trouver poules et ovins partager la cour avec les habitants. Par contre, la cour est régulièrement balayée et les ordures rassemblées en tas et évacuées à l'extérieur deux fois par jour. Un biberon neuf n'a pas besoin d'être bouilli les premiers temps de son usage.

Ces quelques exemples illustrent bien ces perceptions des notions de propreté qui ne correspondent pas toujours aux conceptions de l'hygiène. La notion de transmission de la maladie par des organismes microscopiques, ou des microbes, et de péril fécal ne cadre pas à la conception que les Moose se font de la contamination, ce qui explique donc leurs comportements vis-à-vis de l'hygiène.

Toute vieille femme connaît un ensemble de pratiques traditionnelles⁴ qui ont pour fonction de maintenir l'enfant en bonne santé et de faciliter son développement : elles protègent des maladies et sont constituées de remèdes divers. En milieu populaire, le remède est d'abord une plante, racine ou feuille ou écorce. La plante sous toutes ses formes a le pouvoir de guérir et de prévenir la plupart des maladies infantiles : le *tiim* étymologiquement produit de *tiiga* (l'arbre), désigne tout aussi bien la plante, qu'un élément non végétal, tel qu'une plume,

⁴Nous utilisons le terme de traditionnel pour désigner ce qui est endogène et hérité des anciens ; cela ne veut pas dire pour autant que ces pratiques ne subissent pas de changement. Le terme de moderne se réfère à ce qui est exogène, le plus souvent de type biomédical.

l'estomac, le sabot ou la corne d'un petit ruminant ou encore une amulette en bois, métal ou peau.

Les remèdes peuvent être administrés sous forme de lavements : les produits prescrits, plantes, racines ou poudre sont alors injectés dans le rectum de l'enfant, à la bouche ou avec une poire. Ils peuvent aussi être administrés sous forme de bain ou de massage ou encore être introduits sous la peau de l'enfant après avoir fait une scarification sur la joue, l'avant-bras ou la cuisse de l'enfant comme dans le cas de l'évitement du *liuula*, maladie de l'oiseau (voir infra). Les remèdes les plus courants se trouvent aisément sur la place du marché. Les remèdes plus spécifiques sont détenus par des spécialistes, femmes ou hommes et exigent une consultation. Certains remèdes peuvent faire prendre du poids à l'enfant, ou encore lui durcir les os, d'autres évitent les troubles de la dentition, ou facilitent la marche. Ainsi, l'herbe sur laquelle s'est couché un lièvre est coupée au petit matin avec la rosée, et une décoction de cette herbe, frottée sur la plante des pieds des enfants stimule la marche.

Des ceintures de perles ou fils, de couleur noire ou blanche, des bracelets de matériaux divers sont fréquemment mis autour du poignet, de la taille ou de la cheville des bébés à titre de protection. Dans notre enquête, seuls deux enfants ne portaient rien en raison des convictions religieuses de leurs parents : une des familles était protestante et l'autre musulmane sunnite et, dans les deux cas, ces protections de type magique sont interdites par la religion.

Un grand nombre de jeunes mères ignore cependant la portée de la protection : si la vieille femme a imposé le port d'une ceinture ou d'un bracelet c'est, selon elle, pour ne pas laisser vide la taille ou le poignet de l'enfant. Une explication qui est par ailleurs souvent fournie est qu'il faut éviter les mauvaises bouches ou paroles (*nebnoya, nebnoore, ninoore*), ce qui survient quand une personne s'exclame sur la corpulence ou la beauté d'un bébé. Certaines de ces amulettes ont un caractère religieux : elles sont constituées de versets du Coran enveloppés dans une peau de petit ruminant.

Cet ensemble de soins et de pratiques préventives répondent à un souci constant d'éviter la maladie, le "désordre". Ainsi l'enfant est-il protégé par toutes sortes de moyens : divers remèdes, port d'objets divers, amulettes suspendues dans la maison, scarifications sur le corps, etc., mais tous ne réussissent pas forcément à contrecarrer l'apparition d'une maladie.

■ La maladie survient

La limite entre l'état de bonne santé et celui de maladie n'est pas toujours perceptible surtout pour de jeunes mères inexpérimentées. Certains signes semblent ne pas émouvoir les mamans alors que d'autres attirent leur attention : la diarrhée n'est pas considérée comme une maladie de même que le rhume, tandis que l'état "rêveur" d'un bébé inquiétera sa maman. De plus pour qu'il y ait maladie, il faut qu'il y ait une certaine durée du symptôme (BONNET, 1988). Un bébé qui décède après une forte fièvre de quelques heures n'a pas été perçu comme malade. Néanmoins, lorsque l'enfant se met à pleurer beaucoup et présente différents symptômes (le corps chaud, le ventre ballonné, la toux, lorsqu'il pleure quand il fait ses selles, qu'il ne mange pas), la jeune mère perçoit un changement dans l'état de son bébé, mais elle ne sait pas toujours que faire. Elle berce l'enfant pour ne pas le laisser pleurer, lui donne le sein, le porte au dos. Si son état ne s'améliore pas, elle se tourne alors vers son entourage le plus immédiat avec lequel elle est familière. Si la vieille femme est présente, c'est elle qui pose le diagnostic et qui donne l'explication du changement constaté. Si la vieille femme est absente, c'est dans l'entourage le plus immédiat que tout se joue : la famille ou les voisines posent le diagnostic et prescrivent éventuellement le traitement. Chacun s'efforce, selon sa compréhension de contribuer au rétablissement de l'enfant.

Le symptôme de la maladie est d'abord signe d'un désordre biologique : quelque chose se passe dans le corps de l'enfant qui le fait souffrir. La maladie peut aussi être le signe d'un désordre social et constitue la sanction de conduites sociales prohibées : certains événements survenus pendant la grossesse peuvent avoir contaminé l'enfant comme l'absorption de piments ou de viande sauvage, l'excès de consommation de sucre. La transgression d'interdits sexuels contamine également le bébé ou le lait de la mère. Une autre cause de maladie fréquemment invoquée attribue la fièvre à un excès de chaleur. Il importe d'identifier la maladie et d'en trouver la cause. En effet, rien n'est plus angoissant que de ne pas trouver une cause à une maladie. Au delà du nom qui ne suffit pas en soi à rassurer la mère et les

proches, c'est surtout la cause ou l'origine qui est recherchée ainsi que les circonstances.

L'identification de la maladie et sa désignation relèvent de divers ordres (FAINZANG, 1988 ; MEULENBROEK, 1990). Ainsi, les maladies sont désignées soit en fonction de leurs manifestations, soit par référence à leur cause, soit par référence à la technique thérapeutique en usage (FAINZANG, 1988). Les dénominations descriptives sont littérales ou métaphoriques. Dans les descriptions littérales, le référant peut être un élément du corps. Par exemple chez les Moose, plusieurs maladies sont identifiées ainsi : le *zulongo*, "trou dans la tête", le ventre *puga* ou les yeux, *nini*, un symptôme de la maladie comme la toux qui est dans le sang, *kôszim*, la diarrhée, *saaga*, un effet ou une conséquence de la maladie comme dans le cas de *kâfônsre*, l'os de pintade qui rend la respiration difficile (tableau 1). Dans la description métaphorique, le nom renvoie à la ressemblance entre le symptôme et un objet ou un animal, comme le *waafo* ou serpent, maladie qui survient lorsque la mère en grossesse traverse les traces du passage d'un serpent et qui se traduit par la mue de la peau de l'enfant, ou encore *bi*, la rougeole, littéralement "graines d'oseille", car l'éruption est similaire à l'aspect de ces graines. Le nom peut également se référer à la période au cours de laquelle la maladie est fréquente (MEULENBROEK, 1990). C'est le cas de *koom*, littéralement eau, et qui renvoie au paludisme qui survient pendant la saison des pluies (BONNET, 1986).

Un dernier type de dénomination se réfère au traitement comme le *zimpuiga*, traitement effectué avec une tête de poisson, par analogie avec le symptôme qui se manifeste par les fontanelles très enfoncées, faisant ressembler le crâne de l'enfant à une tête de poisson. À titre d'exemple de dénomination causale, la maladie appelée le *liuula* est causée par le cri d'un oiseau nocturne qui porte ce nom ; elle se manifeste souvent par des convulsions entraînant des mouvements de bras qui évoquent le battement des ailes d'un oiseau.

L'identification de ces maladies est importante, car elle va permettre d'en comprendre la cause, mais aussi de déterminer quel est le traitement le plus approprié pour en soigner les manifestations cliniques et identifier la personne ressource pour dispenser les soins : la famille, un thérapeute traditionnel ou un centre de santé ou un hôpital.

Maladies	Manifestations	Protections	Traitements
<i>Semoomde</i> de <i>seega</i> = anus et <i>moomde</i> = rouge	rougeurs sur anus, parties génitales, visage ou cou ; maladie causée par des aliments sucrés absorbés pendant la grossesse	- fil blanc autour du cou	- lavement avec poudre noire ; - anus enduit de poudre noire mélangée à beurre de karité
<i>liuula</i> oiseau	Fièvre, convulsions, évanouissements Maladie causée par le cri d'un oiseau nocturne appelé <i>liuula</i>	- incision joue, cuisse ou avant-bras dans laquelle on introduit une poudre noire - bout de sein enduit de poudre noire avant la tétée - ceinture de plumes de l'oiseau	- incision joue, cuisse ou avant-bras dans laquelle on introduit une poudre noire
<i>purganga</i> de <i>puure</i> = estomac et <i>gaanga</i> = peau	Couche blanchâtre sur langue		- frottement de la langue avec du <i>puure</i> (estomac d'animal)
<i>kosziim</i> de <i>kosgo</i> = toux de <i>ziim</i> = sang	Toux contractée à l'accouchement ; transmise par la mère si elle tousse pendant l'accouchement, ou si le bébé lui-même tousse en naissant		- poudre noire dont les seins de la maman sont enduits juste avant la tétée - <i>kusi</i> que l'on donne à boire - <i>koemogo</i> administrée en gavage.

Tableau 1
Les maladies traditionnelles, leurs protections et leurs traitements.

<i>Kaam</i> huile ou beurre	Donne de la fièvre au bébé et amène un changement dans son état avec diarrhée. Maladie transmise par une femme qui a avorté ou dont le bébé est décédé	– amulette à la taille – fil autour des reins – on lave le bébé dans la marmite avec des restes de to dilués avec de l'eau ; on lui administre la même eau en lavements	– on fait bouillir 3 cailloux blancs avec des feuilles de <i>rintiiga</i> . L'enfant est lavé avec cette eau déposée dans un morceau de canari, sans savon. La maladie est confirmée si un dépôt de <i>kaam</i> surmage sur cette eau le lendemain
<i>kâfonsre</i> de <i>kaango</i> = pintade de <i>fonsre</i> = aspirer	l'enfant respire mal et a les narines bouchées. Maladie causée par la maman qui, en grossesse, a sucé un os de pintade.		– on met de l'huile d'arachide dans les narines. Cela disparaît quand la maman suce à nouveau les os d'une pintade.
<i>Nokafo</i> de <i>noore</i> = bouche et <i>kaafo</i> = grain de mil	Bouton blanc situé au milieu du palais provoque la diarrhée s'il éclate	– infusion de plantes, <i>kuilintiiga</i> , <i>nokafo</i> , <i>kafirmâde</i> , utilisées en lavement et gavage	
<i>nebnoya</i> , <i>nebnoore</i> , <i>ninoore</i> de <i>neba</i> = les gens et <i>noore</i> = bouche	Maladie causée par une personne qui s'exclame sur la beauté et corpulence du bébé quand celui-ci est potelé ou agréable à regarder	– fil noir autour du cou, du poignet, de la taille ou de la cheville avec parfois une amulette	
<i>regdo</i> sale	Fièvre communiquée par une personne ayant pris un bébé dans ses bras après des rapports sexuels, sans s'être lavé	– ceinture de perles autour des reins – poudre noire – amulette autour du cou	
<i>tumsale</i> de <i>tuma</i> = maladies vénériennes	Maladie contractée quand une personne atteint de tuma prend l'enfant dans ses bras	– morceau de pagne extrait de la garniture de la mère après l'accouchement, mis autour des reins du bébé	

I Tableau 1 (suite).

<i>wafo</i> serpent	Desquamation de la peau. Maladie due au fait que la mère a franchi le passage d'un serpent pendant sa grossesse.		– lavements à base de feuilles de <i>wagsala</i> .
<i>Zugutigi</i>	Plaie autour de l'anus, diarrhée, maux de ventre ; maladie causée par l'excès de consommation d'aliments sucrés par la mère pendant sa grossesse.	– ceinture de perles autour des reins – infusion de feuilles et écorce de <i>konpoko</i> donnée à boire et en lavements	– lavements et bains de siège avec de l'écorce de <i>roanga</i> – lavements avec des feuilles de <i>musofi</i> – poudre noire mélangée à du beurre de karité et introduits dans l'anus ; – feuilles de goyaves pilées avec du gingembre et de l'eau et administrés en lavement
<i>zulongo</i> ou <i>zimpuiga</i> de <i>zugu</i> = tête de <i>longo</i> = trou de <i>zim</i> = poisson de <i>pulga</i> = partage	Tête affaissée au centre (creux entre les fontanelles) maladie causée par la consommation excessive de poisson pendant la grossesse.	Infusion de feuilles de <i>gargantáanga</i> avec laquelle on lave l'enfant et on lui fait des lavements – ceinture de fils noirs ou blancs	– fil noir auquel est suspendu une tête de poisson appelé <i>zimsabiga</i> et bouillie dans l'eau du <i>yamde</i> .

I Tableau 1 (suite et fin).

Les recours thérapeutiques

Les processus de soins se conforment à l'identification de la maladie et aux représentations en vigueur dans le groupe. Le choix de la personne qui va soigner l'enfant ou qui va décider du thérapeute le plus approprié, bien souvent n'est pas fait par la mère de l'enfant.

Les maux dont souffrent les petits enfants sont dans la majeure partie des cas traités dans l'entourage immédiat, plus spécifiquement par des femmes d'un certain âge. L'intervention des spécialistes de sexe masculin ne se fait que sur consultation externe, sauf si un homme familial de l'entourage est spécialisé dans ce domaine. En milieu urbain, en l'absence de la vieille femme comme référence, la jeune mère se renseigne alors auprès de ses voisines : le milieu de référence s'élargit donc et se diversifie.

Quand les premiers soins ne donnent pas satisfaction, on s'adresse à un autre thérapeute, souvent sur les conseils d'un membre de la famille ou de l'entourage. Il y a ainsi une multiplicité de recours et de remèdes en fonction du réseau social dans lequel est insérée la maman. Si la maladie présente différents symptômes, chacun pourra être traité de manière séparée : par exemple pour un épisode de toux - diarrhée - vomissement, trois remèdes peuvent être fournis par des spécialistes différents pour traiter chaque symptôme.

Les traitements modernes sont constitués de produits pharmaceutiques délivrés en pharmacie ou achetés sur la place du marché, telle l'aspirine et la chloroquine. Très peu de centres médicaux disposent de médicaments et si l'enfant est reconnu malade par le personnel médical, on délivre une ordonnance pour l'achat de médicaments en pharmacie. Les consultations dans les formations sanitaires publiques sont d'un prix relativement modique, alors que leur prix est nettement plus élevé dans les cabinets de soins privés.

Les traitements traditionnels auto-prescrits ou administrés après consultation d'un spécialiste alternent parfois avec les traitements modernes, auto-administrés ou prescrits par un spécialiste, jusqu'au rétablissement de l'enfant.

Dans notre étude, cette diversité des traitements, de type biomédical ou traditionnel, apparaît nettement (tableau 2). Plus d'un tiers des traitements (35 %) se pratique au sein de la famille par

automédication : auto-traitements de type traditionnel dans 19 % des cas, prescrits le plus souvent par la mère ou belle-mère ou un parent très proche, parfois par une voisine ou de type moderne (dans 16 % des cas), dans la plupart des cas constitués de prise d'aspirine et de chloroquine quand l'enfant a de la fièvre. La mère se réfère alors aux recommandations émanant du personnel de santé, qui habituellement, conseille de donner ce traitement si l'enfant fait de la fièvre après la vaccination, et elle se procure le médicament au dispensaire ou sur la place du marché. Ce traitement est appliqué par les mères, même en l'absence de vaccination. Les autres recours d'auto-traitement moderne surviennent sur conseil d'une voisine dont l'enfant a présenté les mêmes symptômes : soit la mère termine le traitement commencé par la voisine, soit elle prend l'emballage du remède et se présente en pharmacie pour acheter le même produit.

Pas de traitement	Auto-traitement traditionnel	Auto-traitement moderne	Consultation traditionnelle	Consultation moderne	Total	Dont mixte
41	61	52	76	94	324	27
13 %	19 %	16 %	23 %	29 %	100 %	8 %

■ Tableau 2
Répartition des types de traitements (en effectif et %) pour les différents épisodes de maladies.

Près d'un tiers des recours thérapeutiques (29 %) se fait dans les structures sanitaires, et dans un quart des cas environ (23 %), les mères effectuent une consultation traditionnelle externe. Dans deux cas de maladies, la mère est allée chez une voyante qui a prescrit le port d'amulettes, et dans un cas le père a rapporté une recette à caractère religieux : on verse de l'eau sur des versets du Coran écrits sur une tablette en bois et on donne cette eau à boire au bébé. Tous les recours se trouvent dans un rayon d'action de faible distance sauf dans les cas de *kôszim*, de luxation et de maladies attribuées à des transgressions sexuelles, ainsi que pour la rougeole. Dans les trois premiers cas les mères et dans le quatrième cas, le père vont chercher le médicament chez un tradipraticien, à plusieurs kilomètres de Ouagadougou.

Les traitements mixtes où les mères associent médecine traditionnelle et médecine moderne sont peu fréquents (8 % des cas), de

même que les épisodes restés sans traitements (14 %) : il s'agit le plus souvent de rhumes considérés comme bénins, et de diarrhées attribuées à la dentition.

Les traitements utilisés dépendent de l'environnement social des mères, les suggestions de l'entourage sont déterminantes. Plus la famille est étendue, plus il y a combinaison de remèdes et traitements, mais ils sont également fonction des ressources matérielles de la famille pour assumer le coût des médicaments.

Les recours thérapeutiques ne sont pas identiques selon le type de maladie identifiée (tableau 3). Pour la plupart des maladies, les mères privilégient des traitements bien précis, ainsi que l'avait déjà constaté VAUGELADE (1991). C'est le cas de la fièvre où la tendance est de donner un auto-traitement moderne (dans plus de la moitié des cas de fièvre), notamment lors des épisodes de fièvre après la vaccination de l'enfant. Par contre, si cette fièvre est attribuée à un déplacement ou à une luxation, elle est traitée de façon traditionnelle, en massant la partie luxée.

Pour la diarrhée, les mères préfèrent consulter un tradipraticien ou une vieille herboriste (plus d'un tiers des cas) quand elles attribuent la diarrhée à des maux de ventre ou à des maux d'anus. La diarrhée a plusieurs dénominations selon la couleur et la consistance des selles : le traitement dépend de l'identification qui en est faite (NACRO et VAN DE WALLE, 1987; CURTIS *et al.*, 1991 MERTENS *et al.*, 1993). Les sels de réhydratation orale ont été prescrits à deux femmes, mais le niveau de la préparation n'avait pas diminué au passage suivant, car l'enfant refusait d'absorber cette boisson. Les maladies appelées *zugutigi* et *semoomde*, qui sont très souvent accompagnées de diarrhée ou de la transformation de la consistance des selles, sont soignées quasi exclusivement avec des traitements traditionnels (dans plus de trois-quarts des cas). Ces traitements vont dépendre des connaissances de l'entourage : s'il existe dans l'environnement immédiat une personne qui connaît le traitement, la mère ne recourt pas à un tradipraticien. Le recours à une consultation externe n'intervient que lorsque les ressources du milieu ont été épuisées.

Par contre pour les maux d'yeux, les mères vont en grande majorité au dispensaire. Pour la rougeole, quand personne dans l'entourage ne l'a identifiée, la mère se rend au dispensaire pour recevoir des soins. C'est lorsque le corps médical pose le diagnostic de la rougeole que le père va se procurer le médicament traditionnel. Le traitement moderne est poursuivi, de concert avec celui du tradipraticien, pour multiplier les

chances de guérison. Quand la rougeole est identifiée par les proches, le traitement traditionnel est administré, sans passer par le dispensaire. Il en est de même pour les affections respiratoires où, bien que la mère aille au dispensaire (dans environ un tiers des cas), elle associe un traitement traditionnel, d'autant plus que la toux est déclarée être le *kôszim* : dans ce cas, les mères vont d'abord au dispensaire, mais comme aucune amélioration ne survient, elles conduisent alors l'enfant chez un tradipraticien.

Ainsi, il y a une grande similitude de comportements face aux maladies et la stratégie thérapeutique dépend largement de l'identification de cette maladie, celle-ci étant tributaire de sa représentation et des causes qu'on lui attribue. Dans un premier temps, le remède est prescrit par l'entourage immédiat, sauf dans les cas de maux d'yeux, mais si cela ne s'avère pas efficace, la jeune mère est orientée vers un spécialiste du milieu, et enfin en cas de non succès, elle va au dispensaire. Il s'avère donc capital de connaître les fondements socio-culturels de la société (le *rog n'miki*) qui sous-tend les comportements, de comprendre les rationalités et logiques populaires qui peuvent expliquer le choix du traitement.

Traitement	néant	auto-traitement		consultation		total	dont traitement mixte
		traditionnel	moderne	traditionnelle	moderne		
Maladie respiratoire	17	14	5	17	29	82	7
Diarrhée	8	9	2	16	11	46	3
Fièvre	5	1	35	6	18	65	4
Zugutigi semoomde	4	16	2	12	1	35	2
Yeux	2	4	1	1	10	16	1
Vomissement	0	1	1	1	2	5	-
Ventre	1	9	0	1	3	14	2
Rougeole	0	0	0	6	6	12	4
Autres ⁵	4	7	6	16	14	49	4
Total	41	61	52	76	94	324	27
Pourcentage	13	19	16	23	29	100	8

■ Tableau 3
Les maladies les plus fréquentes
et leur type de traitement (en effectif).

⁵La catégorie "autre" se réfère aux maladies traditionnelles autres que le *zugutigi* et *seoomde*.

Vers la guérison

La progression de la maladie est anxieusement suivie et si l'état de santé de l'enfant ne s'améliore pas ou se détériore, plusieurs causes sont évoquées, le plus souvent attribuant la maladie à des forces surnaturelles. Les signes de guérison sont anxieusement recherchés : ainsi, la toux après l'éruption de la rougeole constitue une preuve de rétablissement. Dès que l'enfant recommence à s'alimenter, la maman est soulagée et interrompt souvent le traitement.

Si les remèdes absorbés n'opèrent pas de changement notable, la mère est alors envoyée au village dans l'espoir de trouver des remèdes plus appropriés. Ce fut le cas d'un bébé hospitalisé dont l'état de santé ne s'améliorait pas mais pour lequel l'oncle paternel, en l'absence du père, a refusé des injections supplémentaires, car il n'aurait pas pu les supporter ("c'est trop fort"). La famille n'a plus eu confiance dans le traitement hospitalier qui n'a pas fait ses preuves. La maman a donc été envoyée au village où le bébé y est décédé.

Quand l'enfant décède, l'entourage s'empresse de rechercher l'origine de la maladie qui peut être attribuée à une force surnaturelle, à une malédiction. La prédestination est également invoquée pour expliquer le décès d'un enfant dont la mort a surpris par sa rapidité. Chez les Peul au Mali, on a constaté que le fait d'attribuer la mort d'un enfant à une maladie spécifique déculpabilisait la mère (CASTLE, 1994). La désignation de la maladie après une issue fatale a pour effet de décharger la mère d'une insupportable responsabilité et de la faire partager par l'entourage : responsabilité qui ne peut de toute façon pas lui incomber à part entière vu la faible autonomie de décision dont elle dispose quant aux choix des traitements à donner à l'enfant.

Conclusion

L'étude des pratiques de soins accordés aux jeunes enfants dans la ville de Ouagadougou nous a montré que ces pratiques sont multiformes, constituées d'activités les unes protectrices, les autres pour soigner les enfants malades. L'ensemble des soins constitue un

tout cohérent étroitement lié à la représentation des maladies, à leur mode de transmission, au réseau social dans lequel les mères sont insérées.

Ces soins ne sont pas indépendants du contexte socio-culturel dans lequel ils s'inscrivent. Le *rog n'miki* sert constamment de référence et est modulé par le réseau social environnant. On constate une multiplicité des niveaux de décision prises par des individus précis, en fonction de leur lien de parenté et de leur expérience. Les stratégies familiales minimisent les risques, recherchent la sécurité : on fait confiance à ce qui a fait ses preuves.

Les recours thérapeutiques sont variés, complémentaires et parfois contradictoires et adaptés à la position sociale du malade et de la mère : plus l'entourage familial de la mère est vaste, plus elle a de possibilités de rechercher des conseils et appuis divers ; la solidarité familiale joue à son plein pour fournir les remèdes ou l'argent des médicaments. Si l'entourage est restreint, la mère en est réduite à ne s'approvisionner qu'à une source de remèdes à la portée de ses revenus. En milieu urbain où les structures familiales sont en pleine mutation et où la famille élargie a tendance à s'éparpiller, il est important d'étudier les changements dans les acteurs sociaux de la santé. Il convient de s'interroger sur la composition de l'entourage de la femme, le niveau de parenté de ses plus proches, la distance physique du/de la conseillère, le degré d'attachement au village d'origine si la jeune femme est une migrante récente, etc. Chaque conduite répond à une logique précise et la compréhension des actions ne peut se faire qu'à l'intérieur du cadre de référence en vigueur dans la société.

Les soins aux petits enfants sont constitués avant tout d'une multitude de pratiques familiales dont la signification est partagée par un grand nombre : l'interprétation de la maladie, le traitement sont assurés par des spécialistes dont l'autorité est reconnue par le groupe social de par l'expérience et les connaissances qu'ils détiennent. Les stratégies de soins se révèlent très pragmatiques : les pratiques sont fonction de l'identification de la maladie ainsi que les intérêts et moyens dont disposent les familles. L'approche anthropologique présente alors un grand intérêt (GUILLAUME et REY, 1988) pour analyser les processus de prise de décision dans le choix des recours.

La mise en place de politiques de santé visant à une meilleure utilisation des services de santé ne peut faire l'économie de l'étude

de la perception des services de santé mais aussi et surtout des logiques qui règlent les recours thérapeutiques : les expériences sont multiples et les intérêts aussi divers que le sont les parcours individuels façonnés par le *rog n'miki* en constante mutation sous l'effet conjugué des influences extérieures et de l'expérience personnelle. Une meilleure connaissance de l'interaction des déterminants sociaux qui influent sur la nature des soins et des recours thérapeutiques permettrait de mieux cibler les actions en matière de santé.

Bibliographie

- BONNET D., 1986 – *Les représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*. ORSTOM, Ouagadougou.
- BONNET D., 1988 – *Corps biologique, corps social*. Éd. de l'ORSTOM. Paris.
- BOURDIEU P., 1980 – *Le sens pratique*. Éd. De Minuit.
- BRIL B., 1994 – Rôle de la niche de développement sur les expériences précoces de l'enfant : Une étude comparative : France-Mali. *Revue de Médecine Psychosom*, 37/38 : 127 – 148.
- CASTLE S., 1993 – Intra-household Differentials in Women's Status : Household Function and Focus as Determinants of Children's Illness Management and Care in rural Mali. *Health Transition Review*, vol.3, no 2.
- CASTLE S., 1994 – The (Re)negotiation of Illness Diagnoses and Responsibility for Child Death in Rural Mali. *Medical Anthropology Quarterly*, 8 (3) : 314 – 335.
- CIARDI P., 1993 – *Qualitative Survey of Utilization of Health Services, Participation and Health Needs in Burkina Faso's Rural Communities*. World Bank, AF5PH.
- CURTIS V., COUSENS S., MERTENS T., TRAORE E., KANKI B., DIALLO I. 1991 – *Peut-on mesurer les comportements en matière d'hygiène ? Projet diarrhées*. Centre Muraz, Bobo-Dioulasso.
- EPPELBOIN A., 1993 – Ailleurs la toilette d'un enfant. *L'école des parents*, n° 11/93.
- FAINZANG S., 1988 – *L'intérieur des choses*. l'Harmattan, Paris, 204 p.
- FASSIN D., 1990 – Décrire : entretien et observation. *Sociétés, développement et santé, Ellipses*, Aupelf : 87-106.
- GUILLAUME A., REY S., 1988 – *L'intérêt de l'approche anthropologique pour l'étude des comportements en matière de santé*, Communication au Congrès africain de population, Dakar, Sénégal, 7 – 12 Novembre 1988.

HILL A. G., RANDALL S., 1984 –
« Différences géographiques et
sociales dans la mortalité infantile et
juvénile au Mali ». *Population*, 6 :
921 – 946.

KROEGER A., 1983 –
Anthropological and socio-medical
health care research in developing
countries. *Social Sciences and
Medicine*, vol. 17, n°3 : 147161.

MERTENS T., CURTIS V., COUSSENS S.,
TRAORE E., KANKI B., DIALLO I.,
TOURE S., 1993 –
*Projet diarrhées, sommaire des
résultats*. London School of Hygiene
and Tropical Medicine, Ministère de la
Santé, de l'Action Sociale et de la famille,
Centre Muraz, Université de Bordeaux II,
Bobo Dioulasso, Burkina Faso.

MEULENBROEK A., 1990 –
*La conception des maladies chez
les Mossi dans la région de Basma,
Burkina Faso*. Royaume des Pays Bas
et Ministère de la Santé et de l'Action
sociale.

NACRO K., VAN DE WALLE F.,
1987 –
*Mothers' Views of Childhood
diseases in Bobo-Dioulasso, Burkina
Faso*. University of Pennsylvania.

POLONI, A., 1990 –
Sociologie et hygiène : des pratiques
de propreté dans les secteurs
périphériques de Ouagadougou.
*Sociétés, développement et santé,
Ellipses, Aupelf*, : 273 – 287.

VAUGELADE J., 1991 –
*Consommation médicale et itinéraires
thérapeutiques en milieu rural au
Burkina*. Communication présentée
au Colloque « Sciences sociales de
la santé en Afrique de l'Ouest »,
Bamako, 2 – 4/7/91.

VAUGELADE J., DUBOZ Z., 1991 –
*Maladies diarrhéiques et réalités au
Burkina Faso*. Exposé au séminaire
de « programmation scientifique sur
les maladies diarrhéiques ». Bobo
Dioulasso, 28 – 30 mai 1991.

Étude de quelques déterminants des comportements de santé des enfants au Burkina Faso

Le cas de Bobo Dioulasso

Banza Baya
Démographe

■ Introduction

Les modèles explicatifs de la mortalité dans l'enfance distinguent, d'une part, les variables dites intermédiaires ou déterminants proches qui agissent directement sur les chances de survie de l'enfant et, de l'autre, les variables exogènes dont l'influence est médiatisée par les déterminants proches (MOSLEY et CHEN, 1984).

Cet article est une tentative d'exploration de quelques mécanismes à travers lesquels les variables exogènes peuvent influencer la survie de l'enfant. Nous nous intéressons ici à trois groupes de variables intermédiaires qui influencent directement le risque de morbidité et de mortalité de l'enfant et pour lesquels l'information a pu être collectée lors de l'enquête EMIS à Bobo Dioulasso réalisée de 1981 à 1984. Il s'agit des consultations prénatales de la grossesse, de la vaccination de l'enfant et des pratiques d'allaitement.

Nous développons tout d'abord la problématique en spécifiant les variables dépendantes ; ensuite, nous décrivons brièvement notre base de données et notre stratégie d'analyse avant de passer à l'analyse empirique pour laquelle nous faisons appel à la méthode des régressions logistiques.

I Problématique

La sous-utilisation des services de santé a été identifiée comme constituant un important facteur de la mortalité dans l'enfance (STEWART et SOMMERFELT, 1991). Plusieurs indicateurs relatifs au suivi prénatal, à la vaccination et aux pratiques d'allaitement ont été utilisés afin de mettre en évidence les moyens mis en œuvre par les femmes pour préserver la santé de leurs enfants.

Les visites prénatales

L'utilisation efficace des ressources sanitaires est reconnue comme étant l'un des facteurs qui influencent la survie de l'enfant. Deux variables nous servent à mesurer l'utilisation des services de santé par les femmes soumises à l'enquête de Bobo. Une première variable évalue le recours ou l'absence de recours aux services de santé pour le suivi prénatal. Il s'agit ici d'estimer la probabilité que la grossesse dont est issu l'enfant ait fait l'objet d'au moins une consultation prénatale. Une deuxième variable prend en compte la date de cette première visite prénatale : elle mesure en fait la précocité du recours aux services de santé. On pourrait admettre que parmi les mères qui ont effectué au moins une consultation prénatale, celles dont la première visite est intervenue au cours des quatre premiers mois sont mieux informées des exigences du suivi médical d'une grossesse, qu'elles sont plus ouvertes à la médecine moderne alors que celles dont la première visite est intervenue plus tard pourraient y avoir été contraintes par les difficultés liées à leur grossesse. La fréquentation des services de santé prénatale est indépendante du sexe de l'enfant puisque cette donnée n'est pas connue pendant la grossesse, elle ne peut donc évidemment pas être prise en compte dans l'équation, tout comme la gémellité et le poids à la naissance. Il importe de mentionner un biais potentiel lié au phénomène d'hétérogénéité non observé : en effet, les mères qui ont le plus de problèmes pendant leur grossesse seraient les plus susceptibles d'avoir recours à la consultation prénatale¹.

En ce qui concerne les mères qui sont à leur deuxième grossesse au moins, il est probable que celles-ci adoptent un comportement en matière de visite prénatale qui est fonction de leur expérience antérieure. Celles qui ont eu des difficultés par le passé pourraient avoir davantage recours aux services de santé. Cependant, en l'absence d'information sur l'état de santé de la mère au début de la grossesse, nous ne pouvons mesurer l'impact éventuel de ces problèmes de santé : nous émettons l'hypothèse que les différences en matière de santé d'une mère à l'autre au début de leur grossesse sont négligeables.

Vaccination

Le nouveau-né est doué d'une immunité passive contre plusieurs maladies dont il a hérité de sa mère. En raison cependant du caractère éphémère de cette immunité passive, il est important que l'enfant acquiert une immunité active par le biais de la vaccination afin de faire face aux maladies infectieuses les plus communes. Les vaccins retenus sont ceux inscrits dans le programme élargi de vaccination (PEV) de l'Organisation Mondiale de la Santé, programme qui a débuté au Burkina Faso en juin 1980 : le vaccin anti-tuberculeux (BCG), l'anti-rougeoleux et le polyvaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite (DTC-P).

Pour chacun des vaccins, une variable tient compte de l'état vaccinal de l'enfant pour l'antigène concerné et du respect - par les parents - du calendrier de la vaccination pour le même antigène. Le vaccin contre la tuberculose pouvant être administré à l'enfant dès la naissance, nous considérons les enfants vaccinés au BCG au cours de leur premier mois de vie comme ceux dont les parents ont respecté le calendrier pour cet antigène. L'analyse de la vaccination

¹L'hypothèse d'hétérogénéité sous-jacente en matière de santé (health heterogeneity) tente de montrer comment le lien supposé direct entre l'utilisation des services de santé d'une part, et la morbidité ou la mortalité d'autre part, peut être biaisé du fait du niveau non observé de la santé biologique des individus. Le mauvais état de santé d'un enfant ou sa fragilité peuvent inciter les parents à un usage accru des services de santé. Les effets estimés du comportement des parents sur la santé de l'enfant peuvent s'avérer erronés si l'on ignore l'effet inverse à savoir que l'état de santé précaire de l'enfant influence de son côté les motivations des parents.

au BCG porte de ce fait sur l'échantillon d'enfants survivants et en observation à un mois. Pour le polyvaccin « DTC-P », nous avons admis que les enfants qui avaient reçu une inoculation au cours des six premiers mois de vie et avaient respecté le calendrier. L'échantillon nécessaire à l'analyse pour ce vaccin est celui des enfants survivants à 6 mois. Enfin pour la rougeole, le calendrier a été supposé respecté lorsque le vaccin a eu lieu dans un délai de douze mois après la naissance de l'enfant ; ainsi l'analyse de la vaccination anti-rougeoleuse porte sur l'échantillon d'enfants survivants, observés à leur premier anniversaire de naissance.

L'analyse de la vaccination nécessite d'ajouter au nombre des variables de contrôle dans les équations de régression, la variable « poids à la naissance » afin de tenir en partie compte de l'hétérogénéité en santé ; les parents pouvant en effet être amenés à faire vacciner prioritairement ceux de leurs enfants qu'ils estiment relativement fragiles.

Nous avons aussi ajouté à la liste des variables susceptibles de favoriser la vaccination au BCG à l'âge d'un mois, la variable « lieu de naissance » (naissance à domicile ou sous supervision médicale). Le BCG étant susceptible d'être administré dès la naissance, on peut supposer que les naissances qui surviennent sous supervision médicale ont de plus fortes chances que les autres de recevoir ce vaccin.

Pratiques d'allaitement

L'allaitement au sein, faut-il le rappeler, présente plusieurs avantages pour la survie dans l'enfance. Le lait maternel conforte et prolonge la protection immunologique que le nourrisson tient de sa mère. Par ailleurs l'allaitement au sein affecte la régulation hormonale et retarde le retour de l'ovulation après l'accouchement, contribuant ainsi à allonger l'intervalle intergénéscique (VAN DER POL, 1989). En plus de cet effet direct, l'allaitement a, semble-t-il, aussi, un effet moins direct après la reprise des menstrues ; les femmes ayant à nouveau leurs règles seraient en moyenne moins fécondes lorsqu'elles allaitent toujours (LOCOH, 1984). L'allongement de la période d'allaitement est donc dans l'ensemble bénéfique pour la survie de l'enfant.

L'analyse de l'allaitement permet de déterminer les groupes d'enfants qui ont la chance de continuer à bénéficier du lait maternel au delà de 20 mois, âge correspondant à peu près à l'âge moyen au sevrage² des enfants lors de cette enquête. Autrement dit, par un modèle logit, nous procédons à l'estimation de la probabilité pour qu'un enfant continue d'être allaité au sein après l'âge de 20 mois. L'analyse ici est limitée aux enfants survivants à 20 mois. Les décès sont éliminés parce qu'ils contraignent la mère à l'arrêt de l'allaitement.

Comme pour la vaccination, l'introduction du poids à la naissance comme indicateur de santé de l'enfant, est importante : en effet, il est probable qu'un enfant de faible poids à la naissance soit perçu par sa mère comme étant relativement fragile et bénéficie de ce fait d'une durée d'allaitement plus longue.

■ Données et méthode d'analyse

L'Enquête sur la Mortalité Infantile dans le Sahel (EMIS)

Comme dans le reste du tiers monde et peut-être plus qu'ailleurs, la collecte des données de base fiables pour l'étude de la mortalité dans l'enfance reste une préoccupation de la plupart des pays du continent africain. Les données obtenues à partir des sources classiques sont souvent très incomplètes et ainsi, sont difficilement utilisables pour l'étude de la mortalité. C'est pour pallier cette carence qu'a été organisée à partir de 1978, une série d'enquêtes initiée par l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD/ Yaoundé

²L'âge moyen au sevrage des enfants qui ont survécu jusqu'à la fin de l'enquête est de 19 mois. Cet âge, en fin d'allaitement devrait être légèrement plus élevé puisqu'un peu plus de 15 % des enfants survivants n'étaient pas encore complètement sevrés à la fin de l'opération.

au Cameroun) dans un certain nombre de capitales d'Afrique Centrale et de l'Ouest. En Afrique Occidentale, les EMIS ont été organisées sous l'égide de l'Institut du Sahel et ont couvert trois pays : Burkina Faso, Mali et Sénégal. Au Burkina Faso, l'EMIS a couvert quatre centres secondaires. La présente étude se limite aux données de Bobo Dioulasso qui est le centre le plus important couvert par l'EMIS/Burkina.

Les travaux de terrain à Bobo Dioulasso se sont déroulés de 1981 à 1984. Les enfants repérés à la naissance ont été revus au cours de passages successifs effectués à domicile à l'âge de 1, 4, 8, 12, 16, 20 et 24 mois. Cette approche présente l'avantage de faciliter le repérage des événements, d'éviter les omissions, source de la faiblesse des enquêtes à passages répétés.

À l'usage cependant, on peut remarquer, comme l'a déjà mentionné HENRY (1963), que les qualités théoriques de l'enquête à passages multiples s'accompagnent d'insuffisances pratiques. Au moment de la constitution de l'échantillon, au moins quatre sources d'omission d'événements peuvent être relevées : - certaines mères avaient quitté la maternité avant l'arrivée des enquêtrices ; - les femmes qui ont eu un accouchement difficile sont plus souvent omises, - certaines naissances vivantes, de durée de vie courte sont parfois enregistrées à tort comme des mort-nés, - enfin les naissances à domicile ont probablement été sous-estimées dans l'échantillon. Pour ce dernier biais potentiel, la mise à contribution des informateurs de quartier a permis de récupérer un certain nombre de naissances, qui autrement, auraient échappé à l'enquête.

Lors du suivi, l'un des écueils de la méthodologie de l'enquête à passages répétés est la déperdition de l'échantillon au fil du temps qui amène à s'interroger sur la représentativité l'échantillon de la population restante. Les autres inconvénients souvent mentionnés sont la durée de ce type d'opérations et leurs coûts.

Les aspects d'ordre déontologique liés à ce type d'approche ne sont pas à négliger (VAN DE WALLE, 1988) ; des visites répétées à domicile pour examiner la santé des enfants ne peuvent se justifier si elles ne s'accompagnent pas de prestations de soins pour améliorer leur survie.

Malgré ces quelques réserves sur la qualité des données, l'enquête de Bobo Dioulasso supporte bien la comparaison avec d'autres opérations statistiques réalisées en Afrique (OUAIDOU et VAN DE WALLE, 1987), du moins dans les années 1980.

Stratégie d'analyse

Dans l'analyse, chacun de ces trois déterminants proches est considéré à tour de rôle comme étant une variable dépendante, subissant l'influence d'une série de déterminants socio-économiques et démographiques. Nous utilisons pour cette analyse, un modèle de régression logistique afin d'évaluer l'influence exercée par chaque facteur sur chacune de nos variables dépendantes.

Les variables explicatives utilisées sont : le sexe de l'enfant, son poids à la naissance, son rang de naissance, la gémellité, l'âge de la mère, son statut matrimonial, sa filiation ethnique, son statut migratoire, son instruction et le statut socio-économique du ménage et un ensemble des variables exogènes (tableau 1).

Pour tout facteur retenu, chacune de ses catégories a été transformée en variables dichotomiques parmi lesquelles une modalité de la variable est choisie comme référence et à laquelle les autres sont comparées. Nous avons souvent retenu comme référence, les enfants appartenant à la catégorie modale de la variable. Si l'on considère, par exemple, la variable « âge de la mère », cette variable a trois modalités réparties ainsi : moins de 20 ans (21,9 %), 20 à 34 ans (68,2 %) et 35 ans et plus (9,9 %). La catégorie de référence pour cette variable est le groupe d'âge 20 à 34 ans qui regroupe la majorité des femmes.

Ainsi pour l'analyse, les deux autres catégories (moins de 20 ans et plus de 35 ans) seront comparés à cette catégorie de référence. Pour réaliser nos traitements, nous avons eu recours à la procédure « logit » disponible dans le progiciel de traitement statistique STATA (tableau 2).

■ Analyse empirique

Les régressions logistiques permettent de mettre en évidence les variables démographiques, biologiques, mais aussi socio-économiques et culturelles qui ont l'impact le plus déterminant sur les comportements de santé et ainsi sur la survie de l'enfant. Les comportements sont estimés par les risques relatifs - par rapport à la catégorie de référence - associés à chaque caractéristique (tableau 2).

Variable	Catégorie	Visites prénatales		Vaccinations			Allaitement
		au moins 1 visite	1ère vis. 1-4 mois	BCG à 1 mois	DTC-P à 6 mois	Rougeole à 12 mois	Allaité à 20 mois
Sexe	Féminin ^{CR}			50.6	50.6	50.7	50.4
	Masculin			49.4	49.4	49.3	49.6
Gémellité	Simple ^{CR}			97.1	97.4	97.4	98.3
	Jumeaux			2.9	2.6	2.6	1.7
Poids à la naissance	>=2500g ^{CR}			88.4	88.7	88.8	90.5
	< 2500g			11.6	11.3	11.2	9.5
Rang de naissance	1 ^{er} rang	21.7	21.6	21.2	20.5	20.0	21.2
	rang 2-5 ^{CR}	52.8	53.2	53.1	52.8	52.8	54.2
	rang 6 et +	25.5	25.2	25.7	26.7	27.2	24.6
Âge de la mère	<20 ans	21.9	20.6	21.3	20.9	20.5	21.7
	20-34 ^{CR}	68.2	69.6	68.8	68.8	68.9	69.8
	35 et +	9.9	9.8	9.9	10.3	10.6	8.5
Instruction de la mère	Sans instr. ^{CR}	75.4	72.5	75.7	75.5	75.6	72.9
	Primaire	18.5	20.5	18.2	18.7	18.7	20.5
	sec. et +	6.1	7.0	6.1	5.8	5.7	6.6
État matrimonial de la mère	sans mari	8.8	7.2	8.3	8.0	8.0	8.5
	Monogame ^{CR}	56.5	58.6	57.0	56.9	56.8	57.6
Ethnie de la mère	Polygame	34.7	34.2	34.7	35.1	35.2	34.0
	sud-ouest ^{CR}	57.3	57.4	58.1	58.5	58.7	57.7
	nord-est	31.2	32.1	30.7	30.3	30.1	30.1
Migration de la mère	Autres	11.5	10.5	11.2	11.2	11.2	12.2
	non migr. ^{CR}	29.9	28.3	30.1	30.7	31.0	32.2
	res - 5ans	27.6	28.7	27.7	26.4	25.9	25.5
	5-9 ans	23.9	24.0	24.0	24.2	24.2	24.0
Statut socio- économique du ménage	10 &+	18.6	19.0	18.2	18.7	18.9	18.3
	Bas ^{CR}	65.9	64.2	66.8	66.9	66.8	63.6
	Moyen	23.0	23.5	22.8	22.6	22.7	24.4
Lieu de naissance	Aisé	11.1	12.3	10.4	10.5	10.5	12.0
	Maternité ^{CR}			98.9			
	Domicile			1.1			
Effectif		7341	4733	6392	5939	5700	4289

NB : Seuls les enfants pour lesquels les données sont valides pour l'ensemble des variables sont pris en compte ici. - ^{CR} = catégorie de référence.

■ Tableau 1
Proportions d'enfants par catégorie de variables exogènes
considérées EMIS/Bobo Dioulasso, 1981-1984.

Variable	Visites prénatales		Vaccinations			Allaitement
	Au - 1 visite	1er visite 1-4 mois	BCG à 1 mois	DTC-P à 6 mois	Rougeol e à 1 an	Allaité à 20 mois
Sexe féminin			1,00	0,97	1,04	0,95
Gémellité			1,06	0,80	1,10	1,63 ***
Poids >2500			0,57 ***	0,81 ***	0,90 **	1,19 **
Rang 1	1,13 ***	1,03	1,03	1,09	1,16 ***	0,90
Rang 6 et +	1,00	1,07	0,90	1,07	1,00	1,14 **
Mère - 20 ans	0,89 ***	0,82***	0,86	0,87 *	0,81 ***	0,92
Mère + 34 ans	1,00	1,00	0,92	1,10	0,99	1,22 **
Mère niveau prim. et +	1,20 ***	1,15***	1,85 ***	1,45 ***	1,25 ***	0,63 ***
Mère non mariée	0,72 ***	0,52 ***	0,99	0,96	0,90	0,77 **
Mère polygame	0,97	0,95	0,92	0,80 ***	0,82 ***	1,21 ***
Ethnie du nord est	1,01	0,82 ***	0,96	0,94	0,91 ***	1,11 **
Autres ethnies	0,94 **	0,97	1,15 *	0,80 ***	0,75 ***	0,80 ***
Résidence - 5 ans	1,11 ***	0,70 ***	0,89	1,08	1,00	0,88 **
Résidence 5-9 ans	1,06 **	0,88 **	1,12	0,97	1,01	0,98
Résidence 10 ans et +	1,08 ***	1,00	1,28 ***	1,07	1,14 ***	0,92
Stat. socio-éco. aisé	1,10 ***	1,06	1,67 ***	1,32 ***	0,99	0,56 ***
Stat. socio-éco. moyen	1,05 **	1,04	1,27 ***	1,05	0,94	0,80 ***
Naissance à domicile			0,44 **			
Référence	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

NB : caractéristiques de l'enfant de référence : sexe masculin, naissance simple, poids supérieur ou égal à 2500 g, rang 2 à 5, mère âgée de 20 à 34 ans, mère sans instruction, mère mariée à un monogame, groupe ethnique du sud-ouest, mère non migrante, statut socio-économique bas, naissance sous supervision médicale.

* : significatif au seuil de confiance de 10 %, ** : significatif au seuil de confiance de 5%
 *** : significatif au seuil de confiance de 1%

Tableau 2

Risques relatifs associés aux comportements de santé : consultation prénatale, pratiques d'allaitement, vaccination de l'enfant selon les différentes caractéristiques de l'enfant, de sa mère et du ménage (EMIS/Bobo Dioulasso, 1981-1984).

Ces risques ont été calculés en rapportant la probabilité associée à chaque catégorie à celle de la catégorie ayant les caractéristiques de référence : les chiffres obtenus sont comparés à l'unité, correspondant au risque associé à la catégorie de référence (catégorie omise). Par exemple, les enfants de rang un ont 13 % de chances supplémentaires que ceux de rang 2 à 5 d'avoir fait l'objet d'au moins une consultation prénatale (tableau 2, colonne 2, ligne 4, valeur 1,13, le seuil de référence étant 1).

Impact des variables démo-biologiques

Sexe de l'enfant

À Bobo Dioulasso, ni les pratiques d'allaitement, ni la vaccination ne semblent être conditionnées par le sexe de l'enfant. Il importe de relever toutefois que lorsque l'on considère la vaccination contre la rougeole sur l'ensemble de la période des deux ans (résultats non présentés ici), il ressort que les enfants de sexe féminin ont significativement plus de chances de recevoir ce vaccin - toutes choses égales par ailleurs - comparées à leurs frères. Ce résultat contredit dans une certaine mesure l'hypothèse parfois émise d'une discrimination des parents à l'égard de leurs enfants de sexe féminin. La surmortalité par rougeole des filles (par rapport aux garçons) mise en évidence ailleurs (BAYA, 1993) serait donc, selon toute vraisemblance, imputable à des facteurs autres qu'un comportement différentiel des parents en faveur de leurs enfants de sexe masculin.

Les données de l'enquête EMIS révèlent un rapport de masculinité des décès par rougeole de 79 %. Nous interrogeant sur la possibilité d'une sous-vaccination des filles contre la rougeole (conformément à l'hypothèse d'une préférence par les parents pour les enfants de sexe masculin) nous avons constaté au contraire une vaccination différentielle contre la rougeole en faveur des enfants de sexe féminin. Par ailleurs, l'analyse des décès d'enfants selon qu'ils aient reçu ou non des soins avant leur décès fait ressortir que pour 100 décès d'enfants de chaque sexe 33 petites filles avaient bénéficié de soins avant leur décès contre 25 seulement pour les garçons. Ces résultats nous ont conduit à conclure que l'hypothèse d'un comportement différentiel des parents en faveur de leurs enfants de sexe masculin ne se vérifiait pas à partir de l'EMIS de Bobo Dioulasso.

Gémellité

Les jumeaux ne semblent pas être traités différemment des naissances simples en matière de vaccination. En revanche, ils sont favorisés du point de vue de l'allaitement. Après l'âge de 20 mois en effet, il reste significativement plus de naissances gémellaires non encore sevrées (versus les naissances simples), toutes choses égales par ailleurs y compris le poids à la naissance. Les naissances gémellaires (versus les naissances simples) ont 63 % de chances supplémentaires de continuer à bénéficier d'un allaitement au sein après 20 mois (tableau 2, 2^{ème} ligne,

dernière colonne). La forte surmortalité des jumeaux relèverait davantage de facteurs biologiques puisqu'au plan comportemental, les jumeaux semblent dans l'ensemble quelque peu privilégiés par rapport aux enfants issus de naissances simples.

Poids à la naissance

Notre hypothèse concernant le poids de l'enfant à la naissance était que les parents auraient tendance à faire vacciner davantage un enfant né avec un petit poids afin de compenser dans une certaine mesure son désavantage pondéral. En fait, les résultats semblent indiquer exactement le contraire. Les naissances hypotrophiques sont significativement moins susceptibles d'être vaccinées que les enfants de poids normal à la naissance, toutes choses étant égales par ailleurs. Il est possible que la crainte des effets secondaires parfois observés à la suite d'une vaccination, amène les parents à remettre à plus tard la vaccination de l'enfant qu'ils considèrent comme étant relativement fragile. On peut se demander si ce comportement à l'endroit des naissances de petit poids n'accroît pas dans une certaine mesure leurs risques de décès. Toutefois, les enfants nés hypotrophiques qui survivent jusqu'à 20 mois, ont plus de chances de continuer à bénéficier d'un allaitement au sein.

Age de la mère et parité

L'analyse de la survie dans l'enfance révèle en général des risques élevés de décès lorsque la mère est primipare, risques liés en partie au faible recours aux services de santé. L'analyse du recours aux consultations pendant la grossesse à Bobo Dioulasso indique une attitude positive des primipares vis-à-vis du suivi prénatal. Cette tendance a également été observée à l'enquête démographique et de santé (KONATÉ *et al.*, 1993)³.

³Au nombre des résultats de l'EDS Burkina 1993, on note :
- la proportion des naissances pour lesquelles la mère a été en consultation prénatale diminue avec le rang de naissance ;
- l'assistance médicale à l'accouchement est plus importante pour les naissances de premier rang par rapport aux naissances de rang élevé ;
- la couverture vaccinale varie selon le rang de naissance : les enfants de rang 1 ont plus souvent que les autres reçu toutes les vaccinations du PEV.

Les mères adolescentes (âgées de moins de 20 ans) par contre, ont une surveillance de leur grossesse sensiblement moins bonne. Elles ont moins souvent recours aux services de santé et quand elles y ont recours, les chances que la première visite prénatale survienne au cours des quatre premiers mois sont très significativement plus faibles. L'analyse du comportement en matière de vaccination, notamment contre la rougeole, révèle également une faible propension des mères adolescentes à faire vacciner leurs enfants, alors que chez les primipares la tendance est une vaccination importante des enfants, même si les coefficients ne sont pas toujours statistiquement significatifs. Après la naissance, la propension que les jeunes mères augmentent les chances de survie de leurs enfants par le biais par exemple de l'immunisation par la vaccination ou par un allaitement prolongé, est donc faible toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire quel que soit le niveau d'instruction et le rang de naissance de l'enfant notamment.

L'aspect comportemental associé au jeune âge de la mère exerce probablement une part d'influence non négligeable sur les risques de décès de son enfant. Par contre, les primipares affichent dans l'ensemble une attitude plutôt positive en matière de santé reproductive. Les chances sont par exemple significativement plus élevées que la primipare effectue au cours de sa grossesse, au moins une visite prénatale. Ce résultat appuie une étude de STEWART et SOMMERFELT (1991) portant sur la Bolivie, l'Égypte et le Kenya et qui indiquait un haut risque de non utilisation des services de santé par les jeunes mères alors que le risque était plutôt faible pour les premières naissances.

Bien que ces deux catégories de femmes, les « mères adolescentes » et les « mères primipares » aient souvent tendance à se recouper, il convient de noter que toutes les primipares ne sont pas des adolescentes. Les résultats de l'EDSBF (1993) font ressortir que les mères âgées de moins de 20 ans sont avec celles dont l'âge est supérieur à 34 ans, les femmes chez lesquelles on enregistre les plus fortes proportions de naissances n'ayant bénéficié d'aucune consultation prénatale. Par contre, la plus faible proportion de naissances sans visite prénatale préalable est enregistrée chez les primipares (KONATÉ *et al.*, 1993 : 90).

Les mères plus âgées (35 ans et plus) ou les grandes multipares (6 naissances et plus) ne semblent pas avoir de comportements significativement différents de ceux des femmes ayant entre deux et cinq enfants (catégorie de référence) quant au recours à la

consultation prénatale ou à la vaccination. Par contre, cette catégorie d'enfants (issus de mères plus âgées ou de grandes multipares) se trouve favorisée au plan de l'allaitement.

Une explication possible de l'avantage qu'ont les enfants de haut rang de naissance, ou encore ceux issus de mère d'âge avancé, en matière d'allaitement serait les moindres risques que courent leurs mères de devenir enceintes. Au Burkina Faso comme dans la plupart des pays africains, l'allaitement au sein reste une pratique universelle ; cependant la tradition exige que l'enfant soit sevré lorsque la mère tombe à nouveau en grossesse parce que son lait deviendrait « nuisible » pour le nourrisson.

Le sevrage étant ainsi dépendant de la survenue d'une nouvelle grossesse, il est raisonnable de penser que les mères relativement jeunes, pour qui la probabilité est grande d'être à nouveau enceinte après la naissance d'un enfant, seront par conséquent contraintes de le sevrer plus rapidement. Ajoutons également que les jeunes mères ont tendance à moins respecter les pratiques traditionnelles d'espacement des naissances, notamment celles relatives à l'allaitement et à adopter l'allaitement artificiel au détriment de l'allaitement prolongé au sein. Les mères d'âge avancé ou les grandes multipares, proches de la ménopause et donc moins susceptibles de tomber à nouveau en grossesse, ont quant à elles toute la latitude de prolonger l'allaitement. Par ailleurs, un meilleur respect de cette pratique traditionnelle par les femmes plus âgées est à mentionner. Il est probable que l'allongement de l'allaitement des enfants de haut rang de naissance ou de ceux dont la mère est d'un âge avancé soit moins le résultat d'une décision consciente prise par la mère que d'une pratique naturelle du fait de l'absence d'une nouvelle grossesse (LEGRAND et MBACKÉ, 1993 ; ILINIGUMUGABO, 1989).

Impact des variables socio-économiques et culturelles

Instruction de la mère

L'instruction de la mère exerce une influence très positive sur la propension de la mère à recourir aux services de santé, tant pour le suivi prénatal de la grossesse qu'en ce qui a trait aux vaccinations. Ces résultats sont conformes aux études menées dans d'autres pays

(KONATÉ *et al.* 1993 ; ELO, 1992 ; CLELAND et VAN GINNEKEN, 1988). Ils confirment l'idée de CALDWELL (1979) selon laquelle les mères instruites tirent mieux profit des bienfaits de la médecine moderne que leurs consœurs analphabètes.

L'attitude positive des mères instruites face à la santé reproductive (consultation prénatale et vaccination) contraste néanmoins avec le faible pouvoir de discrimination de l'instruction de la mère en matière de survie de l'enfant mise en évidence à partir des mêmes données (BAYA, 1993). À partir des données de l'EMIS Bobo Dioulasso, portant sur les enfants issus de mères mariées, nous avons tenté, en utilisant un modèle d'analyse multivariée, d'isoler l'effet de l'instruction de la mère sur les chances de survie des enfants âgés de 1 à 23 mois. Nous avons alors abouti à la conclusion d'un faible pouvoir de discrimination de la variable « instruction de la mère », une fois les autres facteurs explicatifs contrôlés dans une même régression.

Si les enfants dont la mère est instruite paraissent avantagés au plan du suivi prénatal et de la vaccination, au niveau de l'allaitement par contre, ceux-ci ont significativement moins de chances de continuer à être nourris au sein au delà de l'âge de 20 mois, comparativement aux enfants issus de mère sans instruction. Il apparaît en effet que les enfants de mère instruite (versus ceux dont la mère n'a pas fréquenté l'école) ont 37 % moins de chances de continuer à bénéficier d'un allaitement après 20 mois (0,63, dernière colonne du tableau 2). Cette corrélation inverse entre instruction et allaitement rejoint celle mise en évidence par d'autres auteurs comme TRUSSELL *et al.* (1992) qui, à partir des données des pays ayant pris part aux Enquêtes Mondiales de Fécondité, en arrivent à la conclusion d'une tendance presque universelle de la baisse de la durée de l'allaitement à mesure que le niveau d'éducation de la mère augmente.

En Afrique, dans les milieux urbains et surtout parmi les femmes instruites, on constate une désaffection progressive de l'allaitement au sein de longue durée et la tendance à l'utilisation des laits de substitution (LOCOH, 1984). On peut penser que cette moindre pratique de l'allaitement n'aura pas d'effet néfaste sur la santé de leurs enfants dans la mesure où ces femmes sont plus aptes à assurer un sevrage dans des conditions satisfaisantes. Cependant la diminution de cette durée d'allaitement, en raccourcissant la période d'aménorrhée post-partum peut contribuer, en l'absence de l'utilisation de la contraception, à une augmentation de la fécondité

et à un raccourcissement de l'intervalle intergénérisique qui peuvent être préjudiciables à la santé de l'enfant.

Statut matrimonial de la mère

Selon la situation matrimoniale de la mère, les résultats indiquent que non seulement les mères non mariées ont des chances significativement plus faibles que celles qui sont mariées de se rendre au moins une fois en consultation prénatale. De plus, lorsqu'elles s'y rendent, les chances sont également sensiblement plus faibles que cette première consultation prénatale ait lieu au cours des quatre premiers mois de la grossesse. Enfin, l'enfant auquel elles donnent naissance a moins de chances de bénéficier d'un allaitement au sein prolongé. La surmortalité de ces enfants "illégitimes" serait à relier au moins en partie à cet ensemble de comportements peu favorables à la survie dans l'enfance, comportements qui peuvent s'expliquer peut-être par une certaine précarité économique et sociale de ces femmes.

Les mères en union polygame ont aussi moins tendance, comparativement à celles en union monogame, à faire vacciner leurs enfants, notamment pour le DTC-P et contre la rougeole. Ces enfants ont par contre l'avantage de bénéficier d'un allaitement maternel prolongé. Mais ce constat pourrait être le reflet d'un comportement conservateur traditionnel (HARRINGTON, 1971). Le fait qu'elles allaitent plus longtemps pourrait aussi s'expliquer par un niveau de risques moins élevé de tomber en grossesse (lié à la baisse de fréquence des rapports sexuels pour les épouses en situation de polygamie) - grossesse qui aurait contraint la mère à procéder au sevrage précoce de l'enfant - et non par une décision libre et consciente prise par la mère dans le but d'augmenter les chances de survie de son enfant. Dans la société traditionnelle, en effet, la reprise par une femme des rapports sexuels après la naissance, peut n'intervenir qu'après deux ou trois ans si l'enfant est toujours en vie, surtout dans les unions polygames.

Filiation ethnique

Si l'on considère la filiation ethnique des femmes, celles du groupe du "nord-est" ont une attitude défavorable par rapport aux consultations prénatales précoces et à la vaccination contre la rougeole. En revanche, leurs enfants bénéficient d'un allaitement

prolongé au sein comparativement au groupe du sud-ouest. Ces groupes ont certainement des idéaux différents en ce qui concernent les pratiques d'allaitement. Au bout du compte, la filiation ethnique ne semble pas avoir d'effet propre sur les comportements relatifs à la santé de la reproduction.

Statut migratoire

Les mères migrantes, notamment les néo-citadines ont tendance à allaiter moins longtemps leurs enfants que les mères non migrantes. Le moindre contrôle familial exercé sur les mères migrantes peut être un facteur d'explication du raccourcissement de la période d'allaitement au sein pour ces femmes. Ce résultat semble toutefois contraire à ceux de KNODEL et DEBAVALYA (1980) faisant état de schéma différentiel d'allaitement selon la résidence en ville aux dépens de l'enfant dont la mère est une migrante de longue date. Concernant les visites prénatales, les migrantes ont davantage de chances que les non migrantes d'effectuer au moins une consultation prénatale au cours de la grossesse. Parmi les femmes qui ont effectué au moins une visite prénatale cependant, les chances que la première visite ait lieu au cours des quatre premiers mois sont faibles du côté des migrantes et ce, d'autant que la mère est néo-citadine. En ce qui a trait à la vaccination, on note une tendance des femmes à davantage recourir à la vaccination à mesure que la durée de séjour à Bobo Dioulasso s'allonge. Il est possible que la familiarisation des migrantes de longue durée avec le système de santé de leur lieu de résidence s'explique par une meilleure intégration. Par ailleurs, d'autres barrières à l'utilisation des services de santé par les néo-citadines comme par exemple la langue, s'effaceraient aussi progressivement avec la durée du séjour en ville. L'amélioration de la situation économique de ces femmes au fur et à mesure de leur intégration en ville est certainement aussi un facteur de leur plus grande fréquentation des centres de santé.

Statut socio-économique

Le statut socio-économique favorable du ménage influence positivement la plupart des comportements en matière de santé : on note en effet une forte probabilité que la mère effectue au moins une consultation prénatale, que ses enfants soient vaccinés au BCG et au DTC-P dans des délais conformes au calendrier vaccinal. La

situation économique favorable de ces femmes leur facilite certainement l'accès aux soins. En ce qui concerne les pratiques d'allaitement, on notera que plus le statut du ménage augmente, moins grandes sont les chances de l'enfant de continuer à bénéficier d'un allaitement au sein au delà de 20 mois d'âge.

La tendance à un sevrage précoce, à mesure que le niveau de vie du ménage s'améliore est conforme aux résultats d'autres auteurs (BUTZ et DAVANZO, 1981 ; KNODEL et DEBAVALYA, 1980 ; CHANDER *et al.* 1977, cités par NAG, 1983 ; ILINIGUMUGABO, 1989) qui en sont déjà arrivés à la conclusion d'une association significativement négative entre le niveau de vie du ménage d'une part, et la durée d'allaitement au sein d'autre part.

Conclusion

L'objectif de cet article était d'examiner quelques mécanismes par lesquels les variables démographiques et socio-économiques exercent une influence sur les chances de survie dans l'enfance. Pour ce faire, trois groupes de variables intermédiaires - les soins prénataux, la vaccination et le sevrage - ont été considérées chacune pour la circonstance comme variables dépendantes.

L'analyse des variables démographiques ne révèle aucun privilège des enfants de sexe masculin, contrairement à l'hypothèse d'une préférence par les parents de leurs petits garçons au détriment du sexe féminin, et contrairement à ce qui est fréquemment mentionné dans la littérature. Les mères adolescentes (moins de 20 ans) ont révélé dans l'ensemble, un comportement peu propice à la survie dans l'enfance, contrairement aux primipares.

S'agissant des variables socio-économiques, l'analyse montre que l'instruction de la mère et le statut socio-économique élevé du ménage sont associés à des comportements favorables à la santé de l'enfant. Soulignons toutefois que ces variables influencent négativement l'allaitement au sein. Il semble intrigant que l'instruction de la mère ait une influence positive significative sur l'utilisation des services de santé sans influencer significativement

les chances de survie de l'enfant (BAYA, 1993). Les mères non mariées et dans une certaine mesure, celles mariées à un polygame ont des comportements en matière de santé moins favorables que les mères en union monogame. Enfin, l'allongement de la durée du séjour en ville améliore les comportements en matière de santé.

Au delà de l'association statistique, il est nécessaire de décrypter les mécanismes concrets de la relation qui échappent à l'approche quantitative utilisée ici. L'utilisation des services de santé est certes une somme de comportements individuels vis-à-vis du système de soins mais c'est aussi une réalité sociale (FOURNIER et HADDAD, 1995). Les comportements en matière de santé résultent des modèles culturels qui constituent le type d'orientation mentale et de comportements que secrète, propose et valorise la société et auxquels les individus se réfèrent sans doute plus inconsciemment que consciemment (ELA, 1995 ; GÉRARD, 1995). D'où la nécessité d'ouvrir le cadre d'analyse en intégrant les apports des autres disciplines des sciences sociales.

Bibliographie

- BAYA B., 1993 –
Les Déterminants de la mortalité des enfants en milieu urbain au Burkina Faso : cas de Bobo Dioulasso. Thèse de doctorat, Département de démographie, Université de Montréal, 295 p.
- BUTZ W. P., DAVANZO J., 1981 –
Determinants of breastfeeding and weaning patterns in Malaysia. Prepared for the Agency for International Development, WD – 99 – 51 – AID. Rand Corporation, Santa Monica, California.
- CALDWELL J.C., 1979 –
Education as a factor in mortality decline. An examination of Nigerian data. *Population Studies*, 33 (3) : 395 – 413.
- CLELAND J. G., VAN GINNEKEN J. K., 1988 –
Maternal education and child survival in developing countries : The search for pathways of influence. *Social Science and Medicine*, 27, (12) : 1357 – 1368.
- ÉLA J. M., 1995 –
« Fécondité, structures sociales et fonctions dynamiques de l'imaginaire en Afrique Noire ». *La Sociologie de populations* (sous la direction de H. Gérard et V. Piché) : 189 – 215.
- ELO I. T., 1992 –
Utilisation of maternal health-care services in Peru : The role of women's education. *Health Transition Review*, (1) : 49 – 69.

- FOURNIER P., HADDAD S., 1995 – « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement ». *La Sociologie de populations* (sous la direction de H. Gérard et V. Piché) : 289 – 325.
- GÉRARD H., 1995 – « Pour une sociologie de la population ». *La Sociologie de populations* (sous la direction de H. Gérard et V. Piché) : 21 – 37.
- HARRINGTON J. A., 1971 – *A comparative study of Infant and Childhood survivorship in West Africa*. Cornell University, Ph. D. 1971.
- HENRY L., 1963 – Réflexions sur l'observation en démographie. *Population*, 18 (2) : 233 – 262.
- ILINIGUMUGABO A., 1989 – *L'espacement des naissances au Rwanda : Niveaux, causes et conséquences*. Thèse de doctorat, Institut de Démographie, Université Catholique de Louvain, Ciaco éditeur 1989.
- KNODEL J., DEBAVALYA N., 1980 – Breastfeeding in Thailand : Trends and differentials : 1969–79. *Studies in Family Planning*, 11 : 355–377.
- KONATÉ L., SINARÉ T., SEROUSSI M., 1993 – *Enquête Démographique et de Santé Burkina Faso*. Institut National de la Statistique et de la Démographie, Macro International Inc., 296 p.
- LEGRAND T. K., MBACKE C. S. M., 1993 – Teenage Pregnancy and Child Health in the Urban Sahel. *Studies in Family Planning*, 24 (3) : 137–149.
- LOCOH T., 1984 – Fécondité et Famille en Afrique de l'Ouest, le Togo méridional contemporain. INED *Travaux et Documents*, Cahier no 107, PUF 1984.
- MOSLEY H. W., CHEN L. C., 1984 – An analytical framework for the study of child survival in developing countries. In *Population and Development Review*, supplement to vol. 10 : 25 – 43.
- NAG M., 1983 – « The impact of socio-cultural factors on breastfeeding and sexual behaviour ». *Determinants of fertility in developing countries vol. 1 supply and demand for children*, edited by Rodolfo A. Bulatao and Ronald D. Lee Studies in population Academic Press USA : 163 – 198.
- OUAIDOU N., VAN DE WALLE E., 1987 – Réflexions méthodologiques sur une enquête à passages répétés : l'Emis de Bobo Dioulasso. *Population*, 42, (2) : 249 – 266.
- STEWART K., SOMMERFELT A. E., 1991 – « Utilisation of maternity care services : a comparative study using DHS data ». *Demographic and Health Surveys World Conference August 5 – 7, 1991 Washington DC, Vol.III : 645 – 1667*.
- TRUSSELL J., al., 1992 – Trends and differentials in breastfeeding behaviour : Evidence from the WFS and DHS. *Population Studies*, 46 : 285 – 307.
- VAN DE WALLE E., 1988 – Avantages et limites des enquêtes IFORD : Le cas de Bobo Dioulasso. *Mesure et analyse de la mortalité, nouvelles approches*, INED, Travaux et Documents, cahier n° 119, PUF 1988 : 33 – 46.
- VAN DER POL, 1989 – L'influence du type d'allaitement : le cas de Yaoundé. In *Mortalité et Société en Afrique*. INED Travaux et Documents, Cahier n° 124, Paris PUF 1989 : 325 – 338.

La mortalité maternelle au Burkina Faso

État des connaissances sur le sujet

Cécile Marie Zougrana
Démographe

Anne Paré
Médecin

■ Introduction

La santé de la mère et de l'enfant en Afrique est qualifiée par la plupart des auteurs de préoccupante. Avec 640 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (OMS, 1989) et un taux de mortalité infantile de 102 pour mille (PRB, 1991), le continent africain détient le record des niveaux de mortalité maternelle et infantile. La situation apparaît encore plus préoccupante si elle est comparée à celle des autres régions en développement et, pis encore, à celle des pays industrialisés. Les niveaux de mortalité maternelle sont de 270 pour l'Amérique Latine, de 55 pour l'Asie de l'Est et de 572 pour l'Asie du Sud pour 100 000 naissances vivantes ; ils varient entre 10 et 30 décès maternels dans les pays industrialisés (NATIONS UNIES, 1992). Au Burkina Faso, la mortalité maternelle est estimée à 566 décès pour 100.000 naissances vivantes (INSD, 1993) et celle des enfants de moins de cinq ans à 187 pour mille (INSD, 1994).

La persistance de taux élevés de mortalité dans les pays en développement traduit, entre autres, l'insuffisance des programmes de santé qui ont été mis en oeuvre depuis l'avènement des indépendances. Mais une bonne élaboration et mise en oeuvre de programmes appropriés pour promouvoir la santé maternelle et

infantile nécessitent des données de qualité et en quantité suffisante sur les femmes et les enfants. Au Burkina Faso, comme dans la plupart des pays en développement, les données sur la santé des femmes sont encore fragmentaires.

Cet article poursuit un double objectif : faire le point sur les études relatives à la mortalité maternelle au Burkina Faso et dégager les problèmes liés à l'étude de la mortalité maternelle. Ces deux éléments pourraient contribuer à améliorer les connaissances sur le sujet et guider les actions en vue de la promotion de la santé des femmes et partant du bien-être de la famille.

La méthode de travail consiste en une revue critique des études réalisées sur ce sujet au Burkina Faso. Les données utilisées proviennent des rapports du Ministère de la Santé, des thèses et mémoires d'étudiants et des rapports d'analyse d'enquêtes.

Définition

L'OMS définit la mortalité maternelle dans la classification internationale des maladies, dixième révision (CIM-10) comme étant "le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés mais ni fortuite ni accidentelle" (OMS, 1993).

Taux et ratios de mortalité maternelle

Le taux de mortalité maternelle est très difficile à mesurer. Le nombre de décès maternels est une fonction de deux variables : la probabilité de devenir enceinte et, une fois enceinte, le risque d'en mourir. Une réduction de l'une ou l'autre de ces composantes peut avoir pour effet une réduction du nombre de femmes qui décèdent des suites de grossesse ou d'accouchement.

La meilleure mesure de ce risque composé est exprimée par la relation entre le nombre de décès maternels et le nombre de femmes en âge de procréer dans la population étudiée.

De nombreuses confusions surviennent parce que le terme “taux de mortalité maternelle” a traditionnellement été utilisé pour mesurer seulement une composante de ce risque composé, en l'occurrence les chances de mourir d'une grossesse donnée (ABOU ZAHR et ROYSTON, 1991). Ce dernier risque est mesuré en rapportant le nombre de décès, répondant à la définition de la mortalité maternelle, observés dans une période donnée au nombre total de grossesses de la même période quel qu'en soit l'âge gestationnel.

Le problème principal de la définition de la CIM-10 est que les décès maternels peuvent ne pas être classés comme tels parce que soit la cause précise du décès, soit l'état de grossesse ne sont pas connus. En effet, dans la pratique, les grossesses qui se terminent par un avortement spontané avant la 28^{ème} semaine sont exclues du dénominateur. De même, les décès maternels du premier trimestre sont souvent ignorés, en particulier lorsqu'il s'agit d'avortement provoqué, et sont donc exclus du numérateur (ETARD, 1995). Une autre source de sous-notification est liée à la limite des 42 jours après l'accouchement, en effet, les décès survenus tardivement sont exclus. Pour pallier à cette lacune, la CIM-10 définit la mortalité maternelle tardive comme le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes se produisant plus de 42 jours mais moins d'un an après la terminaison de la grossesse.

Compte tenu de la difficulté de connaître le nombre exact de grossesses dans une période de temps donnée, une façon d'approcher le dénominateur est de substituer à ce nombre celui des naissances vivantes¹. Cet indicateur est appelé le ratio de mortalité maternelle (RMM)².

On rencontre cependant plusieurs variantes du ratio de mortalité maternelle : rapport du nombre de décès maternels observés dans une période donnée 1) au nombre de naissances vivantes observées ; 2) au nombre de naissances vivantes attendues ou

¹On considère que lorsque le taux d'avortement est faible, le nombre de naissances vivantes ne diffère pas de celui des grossesses de plus de 10 pour cent (ABOU ZAHR et ROYSTON, 1991).

²Dans le texte, le terme “taux de mortalité maternelle” est utilisé en lieu et place du “ratio de mortalité maternelle”, étant donné son usage abusif par les différents auteurs des ouvrages consultés.

estimées (à partir du taux brut de natalité) ; ou 3) au nombre d'accouchements dans la même période.

Toutefois, le ratio de mortalité maternelle obtenu à partir du nombre de naissances vivantes ou du nombre d'accouchements observés dans les formations sanitaires n'est pas un indicateur fiable du risque général de mortalité maternelle.

La principale raison est que la plupart des naissances ne surviennent pas dans les formations sanitaires. Aussi, étant donné que le taux de natalité est connu de manière assez fiable grâce aux enquêtes démographiques, l'approche utilisant le nombre de naissances estimées est susceptible de fournir une meilleure estimation de la mortalité maternelle dans les pays en développement.

Ces divergences dans la méthodologie utilisée entraînent comme nous le verrons le manque d'uniformité dans les indices, construits selon des sources différentes - qui de surcroît n'ont pas utilisé la même définition de la mortalité maternelle ni le même dénominateur - et donc de leur comparabilité, voir de leur fiabilité.

■ Sources d'information sur la mortalité maternelle au Burkina Faso

Les statistiques des services de santé

Les statistiques des services de santé constituent la principale source de données sur la mortalité maternelle au Burkina Faso. Chaque décès maternel est enregistré sur une fiche individuelle qui permet de recueillir des informations sur :

- 1) la date du décès ;
- 2) l'identification de la femme : son nom, son âge, sa parité, son ethnie et sa profession, son lieu de provenance, sa taille, les noms et la profession de son mari ;

3) le lieu du décès : la province, le département et le nom de la formation sanitaire où le décès a eu lieu ;

4) les causes du décès.

Ces fiches remplies au niveau de chaque formation sanitaire sont ensuite envoyées à la Direction Provinciale de la Santé qui se charge de les acheminer au service central qu'est la Direction des Études et de la Planification (DEP) pour exploitation.

Les informations concernant la mortalité maternelle sont publiées dans des rapports annuels intitulés "Statistiques Sanitaires" par la DEP du Ministère de la Santé. Ces statistiques sont ventilées selon la province et concernent entre autres : le nombre d'accouchements, le nombre de naissances vivantes, le nombre de décès maternels, les causes des décès maternels et les taux de mortalité maternelle.

Plusieurs études utilisant ces statistiques ont été réalisées sur le sujet. Ces études sont toutefois de portée limitée du fait qu'elles présentent de sérieuses déficiences au niveau de la couverture, de la complétude et de la fiabilité des données (cf. *infra*).

La plus importante étude sur la mortalité maternelle au Burkina Faso, tant au niveau de la couverture géographique que de l'abondance des données collectées, demeure celle réalisée par DABIRÉ (1988). Elle a permis de collecter et d'analyser des informations au niveau national pour l'estimation directe de la mortalité maternelle et pour l'étude de ses déterminants. Sur une période de trois mois (octobre à décembre 1986), les registres et les rapports des formations sanitaires de 12 provinces³ choisies au hasard (sur les 30 provinces que compte le pays) ont été dépouillés. L'échantillon couvre une population de 3 286 567 individus. Cette collecte a été complétée par : 1) une observation participative dans les centres de santé qui a consisté à examiner les registres afin de vérifier la qualité de l'enregistrement des informations ; 2) une enquête auprès du personnel de santé dans le but de recenser les décès maternels, de préciser les circonstances du décès et leur provenance si ces informations ne sont pas mentionnées dans le registre et de recueillir leur point de vue sur le système de santé en

³Ce sont les provinces : du Bam, du Namentenga, et de l'Oudalan au nord ; du Bazèga, du Kadiogo et du Sanguié au centre ; du Boulgou, du Ganzourgou et du Gourma à l'est ; de la Kossi, du Mouhoun et du Poni à l'ouest.

place ; 3) une enquête auprès des ménages des femmes défuntées afin de saisir des informations sur le comportement sanitaire de la famille, l'itinéraire thérapeutique suivi jusqu'au décès, les raisons profondes d'une référence tardive ou spontanée à un agent de santé, les antécédents obstétricaux et chirurgicaux de la femme quand l'information manque sur le registre.

Les autres sources de données

Les données sur la mortalité maternelle, comme toutes celles sur la mortalité, peuvent être collectées à travers les sources statistiques officielles : recensement, état civil, enquêtes transversales ou longitudinales. Toutefois, il faut introduire au préalable des questions spéciales permettant d'identifier ces décès conformément à la définition du concept. Malheureusement, au Burkina Faso, l'état civil est défaillant, même dans les centres urbains : les registres sont souvent incomplets, la couverture déficiente et les données sur les causes de décès erronées, - et les opérations de collecte traitant réellement du problème sont encore rares.

Il existe d'autres sources de données à travers notamment les enquêtes régionales. Une enquête rétrospective par sondage sur les 12 derniers mois, en milieu rural au Burkina Faso en 1960, estime à 20 % le nombre de décès maternels (CANTRELLE et *al.*, 1992). Plus récemment, l'enquête longitudinale sur la mortalité infantile au Sahel (EMIS) menée entre 1982-1985 par le Cerpod (Centre de Recherche sur la Population pour le Développement) et l'INSD (Institut National de la Statistique et de la Démographie) dans 5 centres urbains du pays a saisi des informations sur la mortalité maternelle. Aucune estimation sur le niveau du phénomène n'a pu être réalisée du fait notamment de la faiblesse de la taille de l'échantillon.

Une enquête longitudinale sur la mortalité maternelle est en cours depuis 1990 dans les provinces du Sourou et de la Kossi (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994). L'étude porte sur 39 villages soit une population de 26 459 individus. Cette enquête, qui est une première du genre au Burkina Faso, a été initiée dans le cadre du projet Recherche-Action pour l'Amélioration des Services de Santé (Prapass) du Ministère de la Santé.

L'enquête à passages répétés réalisée par l'Orstom et l'UERD (Unité d'Enseignement et de Recherches Démographiques) depuis 1985

dans trois zones rurales du Burkina Faso, Yatenga, Pissila et Niangoloko, pourrait également fournir des informations sur la mortalité maternelle. La taille de l'échantillon est de 20 000, 9 000 et 6 000 individus respectivement pour les trois zones. Cette enquête ne s'est pas intéressée particulièrement à la mortalité maternelle. Mais étant donné qu'entre deux passages de l'enquête des informations sont collectées, entre autres, sur la survenue d'un décès dans le ménage et la cause de ce décès, une estimation du niveau de la mortalité maternelle pourrait en être tirée. Tout comme la première, cette enquête couvre des zones géographiques limitées.

À notre connaissance, seule l'enquête démographique et de santé de 1991 réalisée par l'INSD a permis de collecter des données couvrant l'ensemble du pays. Des questions indirectes sur la survie des soeurs ont permis une estimation indirecte du niveau de la mortalité maternelle. La méthode estime la mortalité maternelle de la période passée en interviewant un échantillon de femmes aux âges reproductifs sur le fait que leurs soeurs (nées de la même mère) sont en vie ou sont décédées ; en cas de décès, une question supplémentaire permet de savoir si le décès est survenu pendant la période reproductive ou non.

Lors de l'enquête démographique et de santé réalisée en 1993 au Burkina Faso, la mortalité maternelle n'a pas été étudiée, alors que dans d'autres pays (Sénégal, Niger, Côte d'Ivoire ...), un module sur la mortalité maternelle a été inclus reposant sur des méthodes de mesure indirecte.

■ Avantages et inconvénients des différentes sources

Les statistiques sanitaires

Les statistiques des services de santé fournissent des informations qui, si elles sont bien tenues, pourraient servir non seulement à l'estimation directe des niveaux et tendances de la mortalité maternelle et dans une certaine mesure à celle de ses différences,

mais également à l'élaboration de programmes de recherches épidémiologiques. Elles fournissent par ailleurs des informations médicales détaillées sur les causes des décès. Ces statistiques sont également utiles pour l'évaluation et la planification des interventions spécifiques en matière de santé. Elles satisfont en outre aux exigences préconisées en matière : la collecte est faite de manière continue, elles sont capables de fournir un indicateur sensible aux variations à court terme, de plus elles sont peu coûteuses. Cette source pourrait permettre de collecter des données pour l'estimation indirecte du niveau de la mortalité maternelle, en particulier par la méthode des sœurs en posant la série de questions nécessaires aux femmes lors des consultations prénatales ou postnatales, ou à l'accouchement. Toutefois, l'utilisation des statistiques des services de santé pour l'estimation de la mortalité maternelle se heurte à un certain nombre de problèmes.

Le premier est celui de la sélection des consultants. Cet obstacle est d'autant plus sérieux que l'inégalité de répartition et d'accès aux services de santé est très grande dans le pays. Dans les régions où les services de santé sont rares, la sous-population qui utilise ces services est celle qui est socialement et économiquement privilégiée et qui bénéficie généralement de faibles risques de décès maternel. Une telle sélection conduirait à une sous-estimation du niveau de la mortalité maternelle. Par ailleurs, dans les régions où les femmes accouchent généralement en dehors des formations sanitaires (à domicile), les maternités accueillent vraisemblablement les femmes à haut risque. Une telle situation conduirait à une surestimation de la mortalité maternelle. Aussi, les statistiques fourniraient des estimations plus fiables du niveau de la mortalité maternelle là où la couverture des services est grande.

Par ailleurs, le fait qu'un nombre limité de caractéristiques socio-démographiques est observable à partir des registres de maternité limite considérablement la richesse des analyses différentielles. Par exemple, les informations collectées au niveau des services de santé du Burkina Faso concernent uniquement l'âge, la parité, l'ethnie et la taille de la femme, la profession du mari et de la femme, les causes, lieu et date du décès.

Un autre problème est lié au manque de régularité et d'uniformité dans la collecte de l'information qui réduit énormément la qualité des données recueillies. De même, le retard dans l'acheminement et la sous-notification des cas de décès entachent la fiabilité des données. Par exemple, la situation de l'arrivée des rapports

statistiques des services de santé de l'année 1994 au Burkina Faso révèle qu'à la date du 23 novembre 1994, seuls deux rapports d'hôpitaux sur onze et treize rapports de provinces sur 30 étaient reçus au niveau central (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994).

Une autre difficulté, commune à l'utilisation des données d'état civil et des statistiques sanitaires, est l'imprécision du dénominateur des taux. Il n'est pas toujours facile de connaître la population visée par ces services. Outre le fait que les registres ne font généralement pas mention du lieu de résidence habituelle et la faiblesse de la couverture sanitaire, des risques d'omissions existent, notamment dans le cas des évacuations sanitaires (DABIRÉ, 1988).

Les statistiques des services de santé qui ont l'avantage d'exister déjà, fourniraient un mode d'observation irremplaçable de la mortalité maternelle si une attention plus grande leur était accordée. Pour améliorer le suivi de la mortalité maternelle à partir de cette source, sa conjonction avec des données d'enquêtes donnerait des informations supplémentaires, entre autres, des dénominateurs et des coefficients d'ajustement pour l'analyse des statistiques sanitaires courantes (MBACKÉ, 1991, ZOUGRANA, 1990). Il faudrait également envisager de combiner l'état civil et les fichiers de maternité pour rendre compte sans délai des variations à court terme (FARGUES et OUAÏDOU, 1988). Ceci n'est envisageable pour le moment que dans les villes où l'état civil fonctionne relativement bien et où la couverture sanitaire est assez grande. On pourrait aussi sensibiliser les responsables des services de santé sur la nécessité : de l'uniformité de tous les travaux de collecte et de toutes les définitions utilisées, d'accorder une attention particulière à la collecte de l'information sur le lieu de résidence habituelle des patients et de généraliser l'utilisation de la technique des sœurs.

Les enquêtes démographiques

Les enquêtes démographiques présentent quelques avantages dans l'étude de la mortalité maternelle par rapport aux statistiques sanitaires : l'échantillon est aléatoire ; elles se prêtent assez bien à l'étude des différentiels et des facteurs de la mortalité maternelle du fait du volume relativement important de

variables que l'on peut saisir ; le problème de dénominateur ne se pose pas. Elles peuvent fournir les données nécessaires aussi bien pour la mesure directe qu'indirecte des niveaux de la mortalité maternelle. Dans le cas des mesures indirectes, les tendances d'évolution de cette mortalité au cours des années antérieures sont disponibles. Il est également possible d'ajouter une rubrique "cause de décès" afin de collecter également ces informations.

La mesure directe peut se faire par une observation directe du phénomène à partir d'une enquête longitudinale ou par l'historique des naissances à travers une enquête rétrospective. Par exemple, certaines Enquêtes Démographiques et de Santé ont introduit des questions dans l'historique des naissances pour avoir une estimation directe de la mortalité maternelle. L'historique des naissances a inclus l'âge actuel de tous les frères et soeurs survivants, l'âge au décès de ceux décédés et pour toutes les soeurs non survivantes, leurs causes de décès. Des taux de mortalité maternelle selon l'âge ont été directement calculés en divisant le nombre reporté de décès maternels au nombre de personnes-années d'exposition (FARGUES, 1991 ; RUTENBERG et SULLIVAN, 1991). Étant donné qu'aucun modèle n'est utilisé, la fiabilité des niveaux estimés dépend seulement de la qualité des données ; la disponibilité de la date du décès permet une évaluation des tendances, mais cela nécessite un échantillon de taille importante pour atténuer l'effet des fluctuations aléatoires. Il demeure néanmoins intéressant de se demander si cette procédure donne des résultats suffisamment sensibles aux variations à court terme pour des besoins d'évaluation des interventions en matière de santé.

Différentes études communautaires ont été réalisées en Afrique sub-saharienne pour mesurer la mortalité maternelle notamment en Guinée où elles fournissent des mesures régionales représentatives des zones urbaines et rurales (CANTRELLE et *al.*, 1992). D'autres recherches de ce type, effectuées notamment dans le cadre de laboratoire de population, ont fourni des informations sur la mortalité maternelle. Le problème de ces études est souvent que "le faible nombre de décès maternels, lié à des petits échantillons, limite la signification des chiffres" (CANTRELLE et *al.*, 1992 : 8). Mais ces données offrent des informations indispensables pour la mise en place de

programmes d'intervention pour la réduction de la mortalité maternelle.

Le principal inconvénient des méthodes indirectes, telle la "méthode des sœurs" (FILIPPI et GRAHAM, 1990) et les autres techniques indirectes (BLUM et FARGUES, 1990 ; FARGUES, 1991), est qu'elles s'appuient sur des modèles qui ne correspondent pas toujours au pays ou à la région étudiés. Par ailleurs, elles ne fournissent pas d'informations sur les causes de décès ou les circonstances qui les entourent. De plus, elles sont peu sensibles aux variations à court terme.

La méthode des sœurs peut être très utile pour l'étude des tendances de la mortalité maternelle à long terme. Ses principaux avantages sont : 1) sa simplicité ; 2) l'élargissement de la taille de l'échantillon étant donné que chaque personne interrogée fournit de l'information sur chaque membre de la famille qui satisfait aux conditions d'éligibilité ; et 3) le fait de ne pas collecter de données sur l'âge au décès qui est généralement mal renseigné.

Toutefois, le risque de mauvaise déclaration sur le nombre de sœurs décédées ou plus vraisemblablement leur statut de grossesse peut biaiser sérieusement les estimations. Outre le fait que les questions rétrospectives reposent sur la mémoire des répondants, le problème de l'identification des sœurs de même mère et celle des grossesses se pose surtout dans le contexte africain. En effet, le terme "sœur" peut qualifier une grande variété de lien de parenté, pas seulement les collatéraux et peut être utilisé avec un sens différent selon les personnes. Aussi la précision "sœurs issues de votre mère" ou "soeurs de même mère" est importante dans la formulation des questions. Par ailleurs, les grossesses ne sont pas toujours connues par les femmes et leur entourage durant les premiers mois, soit par respect des tabous, soit par ignorance ou tout simplement la gêne de déclarer sa grossesse.

Les enquêtes rétrospectives comportent des risques assez importants d'omissions de décès maternels et de mauvaises déclarations (âges, causes de décès, etc.). Elles sont plus conçues pour mesurer les changements à long terme qu'à court terme, et sont de fait peu indiquées pour l'évaluation des programmes de santé. Du point de vue de l'analyse différentielle, il faut souligner l'existence de biais résultant éventuellement de la variabilité des omissions de décès selon les variables choisies (âge, caractéristiques

socio-économiques, etc.). L'analyse suivant ces variables manquera de précision quand bien même les résultats présentent de l'intérêt. Un autre biais inhérent aux enquêtes rétrospectives provient de leur nature ponctuelle : les caractéristiques socio-économiques et démographiques enregistrées au moment de l'enquête peuvent ne pas correspondre à celles qui prévalaient au moment du décès de la femme.

La connaissance de la situation exacte de chaque individu de même que les caractéristiques individuelles des décédées aux différents passages lors des enquêtes longitudinales permet de calculer directement des taux ou quotients de mortalité maternelle. Elles offrent la possibilité de mener une analyse transversale ou longitudinale. À ce titre, elles présentent des avantages certains aussi bien pour la mesure du niveau, de la structure que de la quantité et de la qualité même de l'information : une meilleure saisie des événements (naissances, décès) et de leurs caractéristiques, une meilleure datation, des possibilités d'analyse différentielles plus approfondies. Les inconvénients majeurs demeurent les coûts de l'opération (eu égard à la durée et à la taille de l'échantillon nécessaire pour avoir des résultats fiables) et la représentativité de l'échantillon au fil de l'opération.

Étant donné les problèmes d'échantillonnage que pose l'estimation des niveaux et tendances de la mortalité maternelle⁴, les études cas/témoin peuvent être une alternative avantageuse de collecter des données (FARGUES, 1991), spécialement dans le cas où l'on a besoin d'informations rapides sur les niveaux et sur les différentiels socio-économiques et géographiques. Les "cas" représentent les décès parmi les femmes en âge de procréer qui surviennent au cours d'une période donnée. Les "témoins" sont un échantillon de femmes survivantes liés aux "cas" par l'âge. Cette liaison est cruciale car l'âge est étroitement lié à la mortalité, et au risque de contracter une grossesse. Les familles

⁴Le problème de la taille de l'échantillon est général quelque soit la technique utilisée. En effet, même dans les pays qui détiennent le record de la mortalité maternelle, celle-ci demeure un phénomène rare : "les décès maternels comptent pour 10-20% des décès de femmes aux âges reproductifs, qui eux-mêmes représentent 10-20% des décès de femmes tous âges confondus" (FARGUES, 1991).

des femmes défuntes sont interrogées pour savoir si le décès a eu lieu pendant la grossesse, l'accouchement ou dans la période post-partum. Les témoins doivent également avoir vécu les mêmes événements génésiques pendant les derniers douze mois. Il n'y a aucune application de cette méthode pour le moment, mais elle pourrait satisfaire certaines demandes de planification de la santé durant la phase d'exécution et de contrôle.

Afin d'améliorer substantiellement la compréhension des facteurs contribuant à la mauvaise santé chez les femmes, les enquêtes quantitatives devraient être complétées par des micro-études de type anthropologiques ou sociologiques (BOERMA et VAN GINNEKEN, 1991 ; STREATFIELD *et al.*, 1991, cité par BARBIÉRI, 1991). Ce type d'étude offre la possibilité d'améliorer la connaissance des facteurs déterminant l'utilisation des services de Santé Maternelle et Infantile (SMI) modernes dans les pays en développement, d'identifier et d'obtenir une description qualitative de certains processus sociaux (par exemple le processus de décision entourant le recours aux soins, les forces culturelles et autres qui sous-tendent le comportement de la communauté, etc.) et de leurs implications sur la santé des femmes.

■ Niveau de la mortalité maternelle au Burkina Faso

Les estimations de la mortalité maternelle au Burkina Faso publiées de 1985 à 1995 sont extrêmement divergentes (tableau 1). Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les études diffèrent beaucoup par leur méthodologie. Elles dépendent largement de la source de données utilisée, de l'exclusion ou non de décès survenus dans la période post-partum, de la couverture des décès maternels, de la définition du décès et de ses causes pathogènes et enfin du dénominateur utilisé (nombre de naissances vivantes ou nombre d'accouchements).

Ces différences dans la méthodologie rendent très difficiles les comparaisons et le suivi des tendances dans l'évolution du

phénomène. Une évaluation grossière de la fiabilité des estimations de la mortalité maternelle dans le pays, en fonction des informations disponibles, fournit seulement des niveaux indicatifs. Une analyse plus approfondie est nécessaire pour déterminer la qualité des données : cette qualité peut être considérée comme acceptable "A", sous-estimée "SS" ou sur-estimée "SR".

Dans l'ensemble, les estimations du Ministère de la Santé sont pour la plupart sous-estimées. Les taux de mortalité maternelle estimés par l'INSD pour l'ensemble du Burkina Faso en 1991 fournissent une source de validation extérieure de ceux publiés par la Direction des Études et de la Prévision (DEP) du Ministère de la Santé. Il est de 566 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit environ le double de celui de la DEP en 1990 et 1991. Bien qu'il soit difficile d'évaluer la fiabilité du taux de l'INSD, estimé à partir de la méthode des sœurs, ce taux est acceptable dans la mesure où il est assez proche de ceux fournis par DABIRÉ (1988) et par la DEP en 1994.

Les données de l'enquête longitudinale de 1990-1994 menée dans le Sourou et dans la Kossi révèlent également un taux plus bas (339 décès pour 100 000 naissances vivantes) que celui rapporté par les statistiques sanitaires (559 décès pour 100 000 naissances vivantes) pour la même zone en 1992. La Kossi et le Sourou étant deux provinces rurales, le taux estimé à partir des statistiques sanitaires est plus acceptable. Il est du même ordre de grandeur que celui de 592 décès pour 100 000 naissances vivantes estimé par l'INSD pour le milieu rural du Burkina Faso.

Le taux de 2 888 décès pour 100 000 naissances vivantes (OUEDRAOGO, 1989) souffre vraisemblablement d'une surestimation ; elle s'expliquerait par le fait que la population à laquelle se rapporte ce taux est constituée en grande partie des admissions à l'hôpital Yalagado, hôpital national sis dans la capitale du pays. Une large proportion de ces admissions sont des cas d'urgence présentant des complications obstétricales sérieuses. En effet, l'étude de PARÉ (1992), réalisée à la maternité de l'hôpital Yalagado, a montré que les évacuations sanitaires représentent 54 % des admissions dans ce service. Le niveau du taux qui en résulte s'explique par le fait que le numérateur et/ou le dénominateur ne sont pas représentatifs, respectivement, de tous les décès maternels et de toutes les femmes qui accouchent dans le pays.

Auteur(s) et année de publication	Période de référence de l'étude	Source des données	Méthodes	Population de référence	Définition du décès maternel	Dénominateur * 100 000	Estimation du niveau de la mortalité maternelle	Code de qualité
DEP du Ministère de la Santé, 1986	1985	Registres des formations sanitaires	Prospectif	Burkina Faso	Définition du Ministère de la Santé	Naissances vivantes	350	SS
DEP du Ministère de la Santé, 1988	1986	Registres des formations sanitaires	Prospectif	Burkina Faso	Définition du Ministère de la Santé	Accouchements	810	SR
Dabiré A., 1988	oct-déc 1986	Registres des formations sanitaires Enquête auprès des ménages	Rétrospectif	12 provinces du Burkina Faso	Décès pendant la grossesse, l'accouchement et les 42 jours du post-partum	Accouchements	567,7	A
Ouedraogo, 1989	Juin 1988-juillet 1989	Registres des formations sanitaires Enquête auprès des ménages	Prospectif Rétrospectif	Admissions à l'hôpital national 2 provinces : Bazèga et Ouhritenga	Décès pendant la grossesse, l'accouchement et les 42 jours du post-partum	Naissances vivantes	2 888	SR

Tableau 1
Estimation de la mortalité maternelle au Burkina Faso publiées de 1985 à 1995.

DEP, Ministère de la Santé, 1989	1987	Registres des formations sanitaires	Prospectif	Burkina Faso	Définition du Ministère de la Santé	Accouchements	609	A
DEP, Ministère de la Santé, 1990	1988	Registres des formations sanitaires	Prospectif	Burkina Faso	Définition du Ministère de la Santé	Accouchements	177	SS
DEP, Ministère de la Santé, 1991	1989	Registres des formations sanitaires	Prospectif	Burkina Faso	Définition du Ministère de la Santé	Accouchements	145	SS
DEP, Ministère de la Santé, 1992	1990	Registres des formations sanitaires	Prospectif	Burkina Faso	Définition du Ministère de la Santé	Naissances vivantes	350	SS
DEP, Ministère de la Santé, 1993	1991	Registres des formations sanitaires	Prospectif	Burkina Faso	Définition du Ministère de la Santé	Naissances vivantes	278,1	SS
INSD, 1993	1991	Enquête démographique, 1991	Rétrospectif Méthode des soeurs survivantes	Burkina Faso	Décès pendant la grossesse, l'accouchement et les 42 jours du post-partum	Nombre total d'unités d'exposition au risque de décéder de mort maternelle à un âge donné	566	A
INSD, 1993	1991	Enquête démographique, 1991	Rétrospectif Méthode des soeurs survivantes	Milieu urbain du Burkina Faso	Décès pendant la grossesse, l'accouchement et les 42 jours du post-partum	Nombre total d'unités d'exposition au risque de décéder de mort maternelle à un âge donné	538	A

■ Tableau 1 (suite).

INSD, 1993	1991	Enquête démographique de 1991	Rétrospectif Méthode des soeurs survivantes	Milieu rural du Burkina Faso	Décès pendant la grossesse, l'accouchement et pendant les 42 jours du post-partum	Nombre total d'unités d'exposition au risque de décéder de mort maternelle à un âge donné	592	A
DEP, Ministère de la Santé, 1994	1992	Registres des formations sanitaires	Prospectif	Burkina Faso	Définition du Ministère de la Santé	Naissances vivantes	308,7	SS
DEP, Ministère de la Santé, 1994	1990-1994	Enquête longitudinale	Prospectif	Provinces du Sourou et de la Kossi	Définition du Ministère de la Santé	Naissances vivantes	339	SS
DEP, Ministère de la Santé, juin 1995	1993	Registres des formations sanitaires	Prospectif	Burkina Faso	Définition du Ministère de la Santé	Naissances vivantes	333,2	SS
DEP, Ministère de la Santé, décembre 1995	1994	Registres des formations sanitaires	Prospectif	Burkina Faso	Définition du Ministère de la Santé	Naissances vivantes	564,6	A

Définition du Ministère de la Santé : un décès maternel est un décès survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après accouchement, avortement ou toute autre intervention pour une cause déterminée ou aggravée par la grossesse, mais ni accidentelle ni fortuite.

Code de qualité: "A": acceptable; "SS": Sous-estimé; "SR": Surestimé.

■ Tableau 1 (suite et fin).

■ Déterminants de la mortalité maternelle au Burkina Faso

Les raisons pour lesquelles une femme meurt pendant la grossesse, l'accouchement ou durant la période post-partum sont nombreuses. On peut les classer en deux grands groupes : les causes médicales d'une part, et les causes non médicales d'autre part. Parmi ces causes non médicales interviennent des facteurs logistiques (défaillances dans le système de soins, problèmes de transport, etc.), mais aussi tous les facteurs sociaux, culturels et politiques qui ensemble déterminent le statut des femmes, leur santé, leur fécondité et les comportements en matière de santé.

Les causes médicales

Généralement bien connues, elles sont identiques dans la plupart des pays sous-développés. Elles peuvent se subdiviser en facteurs de risques et en causes proprement dites.

Les facteurs de risques

Ces facteurs sont les antécédents médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétriques, l'âge, la parité et la taille de la femme. Une affection générale ou chirurgicale préexistante, un antécédent d'avortement ou de mort-né, un âge trop jeune (moins de 20 ans) ou trop avancé (plus de 40 ans), la multiparité, une taille inférieure à 150 centimètres pourraient entraîner des complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Cependant les risques liés à ces différents facteurs peuvent être réduits par une surveillance correcte de la grossesse. Ceci a été prouvé au Burkina Faso par les études de OUEDRAOGO (1989) et de COMBARY (1993). Ces travaux, réalisés en milieu hospitalier, ont montré que 53,6 % des décès sont survenus chez les femmes n'ayant fait aucune consultation prénatale, 17,5 % des décès chez celles ayant bénéficié d'une seule consultation prénatale : au total 71,5 % de ces décès se sont produits chez les femmes n'ayant pas bénéficié des consultations prénatales selon la norme en vigueur au Burkina

Faso⁵. Une analyse des rapports statistiques annuels de la DEP du Ministère de la Santé montre que la couverture prénatale (proportion de femmes ayant effectué au moins une consultation prénatale au cours de la grossesse) n'a jamais atteint 50 % et la couverture obstétricale (proportion des accouchements ayant lieu dans une formation sanitaire) est toujours inférieure à 35% (tableau 2).

Les causes médicales proprement dites

OUEDRAOGO (1989) et COMBARY (1993) ont classé les causes de décès maternels au Burkina Faso en causes obstétricales directes et indirectes. Selon DABIRÉ (1988), les causes obstétricales directes sont responsables de 72,4 % des décès maternels tandis que les causes indirectes conduisent à 19,0 % des décès. Pour OUEDRAOGO (1989), 89,7 % des décès maternels sont dus à des causes obstétricales directes et 8,6 % à des causes indirectes.

Les causes obstétricales directes sont essentiellement les hémorragies et les infections : les causes indirectes sont les anémies, ictères et hémoglobinopathies.

- **Les infections** sont responsables de 36,2 % de tous les décès maternels (DABIRÉ, 1988) et selon OUEDRAOGO (1989) de 34,5 % des décès. Au cours de la césarienne, elles expliquent 52,1 % des décès (MÉDA, 1990).

- **Les hémorragies** : ce sont les ruptures utérines, les hémorragies de la délivrance, les hémorragies par complication d'avortement, les hémorragies post-opératoires, les hématomes rétroplacentaires. Selon DABIRÉ (1988) et OUEDRAOGO (1989), les hémorragies sont responsables respectivement de 37,9 et 43,1 % des décès maternels. Des études faites à la maternité du centre hospitalier national ont montré que la fréquence des ruptures utérines est de 3 par mois (DEMBÉLÉ, 1991), qu'elles constituent 18,1 % des indications de césarienne et sont responsables de 13,8 % des décès

⁵Conformément aux normes de l'OMS, les femmes doivent effectuer au moins quatre visites prénatales au cours de la grossesse ; le calendrier des visites en vigueur au Burkina Faso est le suivant : une première visite dans le premier trimestre de la grossesse, la deuxième visite vers le sixième mois, la troisième visite dans le huitième mois, et la quatrième visite dans le neuvième mois.

(MÉDA, 1990). Dans ce même service, une femme est reçue toutes les 48 heures pour une complication d'avortement et l'hémorragie est en la cause dans 58,8 % des cas.

- **Les anémies** : cette affection est fréquente et souvent aggravée par les hémoglobinopathies. Des études ont montré que la fréquence de l'hémoglobinopathie chez les femmes en couches dans la ville de Ouagadougou est de 29,8 % (KANIEL, 1991). La prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer dans la ville de Bobo Dioulasso est de 58,6 % (OUEDRAOGO, 1989). Ce taux est l'un des plus élevés en Afrique où, selon l'OMS, la prévalence de l'anémie varie entre 15 et 50 pour cent.

Selon les rapports statistiques de la DEP du Ministère de la Santé, les hémorragies et les infections demeurent les deux premières causes de décès maternels au Burkina Faso (tableau 2).

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Couverture prénatale	-	39,6	48,9	46,3	-	-	38,4	47,2
Couverture obstétricale	20,7	30,0	32,0	21,0	33,1	-	24,5	30,7
Causes de décès								
- Infections	-	-	22,3	23,0	18,0	12,0	13,2	13,5
- Hémorragies	-	-	13,7	15,0	17,0	15,3	22,6	18,9
- Ruptures utérines	-	-	12,3	8,0	15,0	10,4	9,8	5,9
- Complications de l'avortement	-	-	9,8	7,0	12,0	4,5	7,3	7,8
- Rétention placentaire	-	-	7,5	7,0	14,0	8,7	13,5	11,8
- Présentation vicieuse	-	-	5,2	6,0	3,0	3,1	4,3	4,9
- Disproportion foeto-pelvienne	-	-	5,2	3,0	2,0	2,8	5,2	6,0
- Éclampsie	-	-	2,7	4,0	2,0	2,8	2,4	2,3
- Autres	-	-	21,3	27,0	17,0	16,5	21,7	28,9
- Total	-	-	100	100	100	100	100	100
- Effectif			(475)	(418)	(391)	(-)	(327)	(349)

Source : Statistiques Sanitaires, DEP du Ministère de la Santé.
Notes : l'action des accoucheuses villageoises n'a pas été prise en compte en 1987.
(-) : données non disponibles.

■ Tableau 2
Évolution de la couverture prénatale, obstétricale
et des causes de décès de 1985 à 1992 (en %).

Les causes non médicales

Les causes médicales représentent la partie la plus visible du problème multidimensionnel qu'est la mortalité maternelle. En réalité, ce sont souvent les facteurs logistiques ou ceux liés au fonctionnement des services de santé qui déterminent si une femme enceinte ou dont l'accouchement présente des complications vivra ou mourra.

Facteurs logistiques

Au Burkina Faso, comme dans la plupart des pays en développement, les services de santé sont concentrés dans les centres urbains. En 1990 par exemple, 51 % des 445 médecins et pharmaciens étaient basés dans les villes qui regroupaient environ 10 % de la population du pays (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1990). Selon l'enquête démographique et de santé de 1993, en milieu rural, 30 % et 28,4 % des femmes sont respectivement à une distance de 5-14 kilomètres et à 30 kilomètres des centres de SMI. Pour ces femmes, l'éloignement des infrastructures sanitaires, combiné à la rareté des moyens de transport, au mauvais état des voies de communication constituent un ensemble de facteurs entravant l'accès aux services de santé. Distance et manque d'équipements des formations sanitaires obligent souvent à l'évacuation des malades. Une étude faite en 1992 à la maternité de l'hôpital Yalagado par OUEDRAOGO a montré que la fréquence des évacuations sanitaires dans ce service est de 54 pour cent : à l'issue de ce voyage, 1 femme sur 19 meurt contre 1 sur 59 chez les non évacuées ; ainsi, le taux de mortalité maternelle augmente avec la distance parcourue (PARÉ, 1992).

Défaillance dans le service de santé

Une étude réalisée dans un hôpital africain a révélé que sur une série de 81 décès maternels, la défaillance des services de santé était en cause dans plus de la moitié des cas (ABOU ZAHR et ROYSTON, 1991). Ces problèmes dans les structures sanitaires pouvant affecter la mortalité maternelle incluent les ruptures dans le stock des médicaments et des équipements, le manque de sang pour les transfusions, le manque de personnel qualifié et de soins appropriés.

L'étude de COMBARY (1993) a montré que 29,3 % du total des décès maternels dans la province de Kadiogo sont liés au traitement : 48 % seulement des grossesses à haut risque identifiées par le personnel de santé ont été référées en consultation spécialisée ou pour la surveillance de l'accouchement ; au cours des séances de consultations prénatales, la rigueur dans l'interrogatoire et à l'examen clinique n'est pas constante ; enfin, la qualité de l'accueil est en partie responsable du taux de fréquentation des formations sanitaires.

Statut social de la femme

Le statut de la femme dans la société affecte fortement la mortalité maternelle dans la mesure où il influence le schéma du "maternage". Au Burkina Faso, comme dans la plupart des pays africains, seuls le mariage et la maternité confèrent à la femme un statut social élevé. Aussi le mariage est précoce - l'âge moyen au premier mariage est de 17,5 ans - et généralement suivi par la grossesse et la naissance du premier enfant. Par ailleurs, la valeur accordée à l'enfant laisse une faible place à la contraception. C'est ainsi que moins de 10 % des femmes utilisent une méthode de contraception dans l'ensemble du pays (INSD, 1994). Ces pratiques comportent de nombreux risques pour les femmes, particulièrement ceux liés à un âge très jeune (moins de 20 ans) ou avancé (plus de 40 ans) et à la multiparité étant donné que la femme subit plusieurs fois le risque de décéder du fait d'une grossesse.

La pauvreté et le sous-développement sont également des facteurs non négligeables de la mortalité maternelle, mais à ceux-ci il faut parfois ajouter une certaine discrimination envers les femmes. La plupart des problèmes de santé qui affectent les femmes trouvent leur origine dans l'enfance. Il a été démontré que là où le statut de la femme est faible, les filles sont désavantagées depuis la naissance (DAS GUPTA, 1987 ; MUHURI et PRESTON, 1991). Leurs besoins sont classés en second plan par rapport à ceux des garçons : comparativement à leurs frères, elles mangent moins et obtiennent une moindre part des aliments nutritifs, reçoivent moins de soins et d'éducation et on s'attend à ce qu'elles contribuent davantage aux activités du ménage dès le jeune âge (ABOU ZAHR et ROYSTON, 1991 ; DAS GUPTA, 1987).

Au Burkina Faso, les études menées par LEGRAND et MBACKÉ (1991, 1993) n'ont pas trouvé de discrimination significative entre

garçons et filles dans l'alimentation et les soins donnés aux enfants. Toutefois, d'autres études ont montré des différences significatives au niveau de la scolarisation et du travail des enfants (ZOUNGRANA, 1994 ; YARO, 1994). Le taux de scolarisation primaire au Burkina Faso était de 36,8 % chez les garçons contre 24,3 % chez les filles en 1992-93 (ZOUNGRANA, 1994). Sur les 13 % d'enfants de 6-16 ans ayant mené une activité au cours des 12 derniers mois à Ouagadougou en 1993, on compte deux fois plus de filles (18 %) que de garçons (9 %) (ZOUNGRANA, 1994). Ce schéma se poursuit aux âges adultes. Ainsi, le surmenage physique dû aux corvées et la malnutrition chronique - au Burkina Faso, 14 % des femmes en âge de procréer sont atteintes d'une malnutrition chronique (UNICEF, 1994) - affaiblissent les femmes déjà éprouvées par des grossesses nombreuses et à hauts risques.

Un lien existe entre le niveau d'instruction de la femme et la mortalité maternelle. Les études montrent que le nombre d'enfants est une fonction inverse du nombre d'années de scolarité et de l'âge au mariage. Au Burkina Faso par exemple, les femmes instruites de niveau secondaire et plus ont en moyenne 4,9 enfants contre 8 et 7,4 enfants chez celles instruites de niveau primaire et chez celles non instruites (INSD, 1994). Le manque d'éducation limite également le pouvoir et l'autonomie qu'une femme peut avoir à l'intérieur du ménage. Comme on a pu le montrer, les femmes non instruites ont une moindre autonomie dans la gestion de leur fécondité et la planification de leur famille. Dans certaines communautés, elles doivent même se référer à leur mari avant de recourir aux services de santé.

Conclusion

Ce tour d'horizon a mis en évidence le problème de la mesure de la mortalité maternelle. Aucune des sources n'est entièrement satisfaisante eu égard aux critères suivants, généralement utilisés pour évaluer la qualité des sources de données : fiabilité du niveau, capacité à montrer les tendances à long terme, sensibilité aux variations à court terme, et habilité à décrire les différentiels.

Mais les données issues d'enquêtes communautaires fournissent des éléments importants pour la définition des programmes d'intervention.

L'approche la plus prometteuse pour la collecte de données sur la mortalité maternelle apparaît être la combinaison de plusieurs sources, ce qui implique la collaboration de chercheurs issus de disciplines diverses.

Selon GRAHAM et CAMPBELL (1992), ces lacunes résultent d'une "faible base conceptuelle" aussi bien que de la faiblesse de la qualité des données collectées de façon routinière sur la santé de la reproduction et de la rareté des enquêtes démographiques sur la santé des femmes. Les indicateurs sur la santé des femmes sont peu nombreux et se basent souvent sur la mortalité. Le progrès dans ce domaine est également susceptible d'émerger de la recherche interdisciplinaire.

La mesure du niveau de la mortalité maternelle est une question importante ; toutefois le taux de mortalité maternelle n'est pas aussi pratique que d'autres indicateurs de l'état de santé des femmes pour évaluer l'impact des interventions sanitaires : c'est un événement relativement rare du point de vue statistique ; de plus, le manque de fiabilité des taux de mortalité maternelle mesurés de façon rétrospective le rend relativement inutile quand on cherche à identifier les déterminants de la mortalité maternelle. Face à de telles limitations, KRASOVEC (1991) suggère d'utiliser des mesures anthropométriques (poids avant la grossesse, taille, circonférence du bras, etc.) pour fournir des indicateurs du statut nutritionnel des femmes, un déterminant de la santé de la mère, mais également du résultat de la grossesse. Ces indices sont particulièrement avantageux à utiliser pour apprécier la santé des femmes dans les pays en développement étant donné qu'ils sont peu chers, relativement faciles à mesurer sur le terrain et peuvent être intégrés dans l'analyse statistique.

Les données sur la morbidité des femmes peuvent également être utilisées pour évaluer l'impact des interventions sanitaires. En effet, le niveau de la mortalité maternelle ne reflète pas toutes les souffrances causées par les séquelles des complications de la grossesse, du travail ou de l'accouchement ou par des problèmes de santé cumulés par les femmes pendant leur vie reproductive et qui peuvent durer le reste de leur vie.

Bibliographie

- ABOU ZAHR C., ROYSTON E., 1991 –
 "Maternal Mortality : A global factbook". *Division of Family Health*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève : 1 – 55.
- BARBIÉRI M., 1991 –
 Report on the IUSSP seminar on measurement of maternal and child mortality, morbidity and health care : interdisciplinary approaches. IUSSP paper, 32. Caire, Egypte, 4 – 7 novembre 1991, 24 p.
- BLUM A., FARGUES P., 1990 –
 Rapid estimations of maternal mortality in countries with defective data. An application to Bamako (1974 – 85) and other developing countries. *Population Studies*, 44 : 155 – 171.
- BOERMA T., GINNEKEN J., 1991 –
Comparison of substantive results from demographic and epidemiological surveys methods. Séminaire sur "Measurement of maternal and child mortality, morbidity and health care : interdisciplinary approaches", 4 – 7 novembre 1991, Caire.
- CANTRELLE P., THONNEAU P., TOURÉ B., 1992 –
 Mortalité maternelle : deux études communautaires en Guinée – Paris, CEPED, *Les dossiers du CEPED*, n°20, 43 p.
- COMBARY P., 1993 –
Étude de la qualité des prestations des services de santé maternelle en milieu urbain de Ouagadougou en vue de contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle. Thèse de doctorat en médecine. Ouagadougou, Burkina Faso.
- DABIRÉ A., 1988 –
Mortalité maternelle au Burkina Faso. Aspects épidémiologiques. Thèse de doctorat en Médecine. Ouagadougou, Burkina Faso.
- DAS GUPTA M. 1987 –
 Selective discrimination against female children in rural Punjab, India, *Population and Development Review*, 13 (1) : 77 – 100.
- DEMBÉLÉ A., 1991 –
Évolution des ruptures utérines sur 10 ans à la maternité du centre hospitalier national Yalagado Ouedraogo. Thèse de doctorat en médecine, FSS, Université de Ouagadougou.
- ETARD J.F., 1995 –
Étude de la mortalité maternelle dans le quartier de Bankoni à Bamako. Institut National de la Recherche en Santé Publique, Bamako, 31p.
- FARGUES P., 1991 –
Mesures indirectes de la mortalité maternelle. Séminaire sur "Measurement of maternal and child mortality, morbidity and health care : interdisciplinary approaches", 4 – 7 Novembre 1991, Caire.
- FARGUES P., OUAÏDOU N., 1988 –
 Niveaux et tendances de la mortalité urbaine au Sahel : Niveaux, tendances, saisons et causes de mortalité à Bamako, 1974 - 85. Paris, INED/Institut du Sahel/PUF, Travaux et Documents n°123,.
- FILIPPI V., GRAHAM W., 1990 –
 Estimer la mortalité maternelle à l'aide de la méthode des soeurs. *Les dossiers du CEPED* n.13, Paris, 29 p.
- GRAHAM W., CAMPBELL O., 1993 –
Reproductive health in developing countries : measurement, determinants and consequences. Congrès international de population, Montréal, 1993.

- GRAHAM W., CAMPBELL O., 1992 –
Maternal Health and the measurement trap. *Social Science and Medicine*, 35 (8) : 967 – 977.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (INSD), 1993 –
Données démographiques, socio-économiques et culturelles sur les femmes du Burkina Faso. Ouagadougou, 43 p.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (INSD), 1994 –
Rapport de l'enquête démographique et de santé. Ouagadougou, Burkina Faso, 295 p.
- KANIEL S., 1991 –
Impact des hémoglobinopathies maternelles sur le nouveau-né. Thèse de doctorat en médecine, ESSA, Université de Ouagadougou.
- KRASOVEC K., 1991 –
Measurement of maternal health : maternal anthropometry. Séminaire sur "Measurement of maternal and child mortality, morbidity and health care : interdisciplinary approaches", 4 – 5 novembre 1991, Caire.
- LEGRAND T., MBACKÉ C., 1991. –
The existence and determinants of sex differentials in infant and early child mortality in the Sahel. Communication présentée à la conférence de "l'Association Américaine sur la Population", de 1991, Washington, DC.
- LEGRAND T., MBACKÉ C., 1993 –
Teenage pregnancy and child health and mortality in the urban Sahel. *Studies in Family Planning*, 24 (3) : 137–149.
- MBACKÉ C., 1991 –
Non conventional use of institution based data : An example of integration of demographic and hospital data. Séminaire sur "Measurement of maternal and child mortality, morbidity and health care : interdisciplinary approaches", 4 – 7 novembre 1991, Caire.
- MÉDA A., 1990 –
Contribution à l'étude de l'opération césarienne dans une maternité africaine. Thèse de doctorat en médecine. FSS, Université de Ouagadougou.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DIRECTION DES ÉTUDES ET DE LA PLANIFICATION (DEP) : *Statistiques sanitaires*, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1991, 1990, 1992.
- MUHURI P., PRESTON S., 1991 –
Effect of family composition on mortality differentials by sex among children in Matlab, Bangladesh. *Population and Development Review*, 17 (3) : 415 – 434.
- NATIONS UNIES, 1992 –
Condition de la femme et population. Le cas de l'Afrique francophone, publié par le CEPED, Paris.
- OMS, 1989 –
Rapport final de la conférence régionale sur la maternité sans risque pour l'Afrique francophone au Sud du Sahara. Niamey, 30 janvier au 03 février 1989.
- OMS, 1990 –
Séminaire atelier CIE/OMS sur la mortalité et la morbidité maternelle, Ouagadougou, Burkina Faso, 26 novembre au 01 décembre 1990.
- OMS, 1993 –
Classification internationale des maladies et problèmes de santé connexes. Dixième révision, Volume 1. Genève.
- QUEDRAOGO B., 1989 –
Facteurs évitables de la mortalité maternelle. Thèse de doctorat en médecine, ESSA, Université de Ouagadougou.
- PARÉ A., 1992 –
Les évacuations sanitaires en gynécologie obstétrique. A propos de

2135 cas à la maternité de l'hôpital Yalagado Ouedraogo. Thèse de doctorat en Médecine, E.S.S.S.A., Université de Ouagadougou, 104 p.

PRB, 1991 –
1991 world population data sheet.
Washington DC.

RUTENBERG N., SULLIVAN J.,
1991 –
Direct and indirect estimates of
maternal mortality from the
sisterhood method. Proceedings of
the DHS World Conference,
August 5 - 7, Washington DC,
Volume III : 1669 – 1697.

UNICEF, 1994 –
Analyse de la situation des femmes
et des enfants au Burkina Faso.
Ouagadougou, 56 p.

YAMÉOGO B., 1993 –
Les anémies chez la femme en âge

de procréer au Burkina Faso.
Prévalence et connaissance de la
population. FSS, Université de
Ouagadougou.

YARO Y., 1994 –
Les stratégies scolaires des
ménages au Burkina Faso.
Ouagadougou, 21 p.

ZOUNGRANA C. M., 1990 –
La collecte et l'analyse des données
sur la mortalité des enfants dans le
tiers monde : une revue critique de
la littérature. Texte présenté pour
l'examen de synthèse, Université de
Montréal. 83 p.

ZOUNGRANA C. M., 1994 –
Différences selon le sexe dans la
scolarisation et le travail des enfants
à Ouagadougou. Pop Sahel n°21 :
43 – 47.

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	15	35	7	39
dont famille seulement	0	30	3	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.

La baisse de la mortalité des enfants en milieu rural sénégalais

L'exemple de la zone de Niakhar

Valérie Delaunay
Démographe

■ Introduction

Les niveaux les plus élevés de mortalité se trouvent aujourd'hui en Afrique subsaharienne, et notamment en Afrique de l'Ouest où l'espérance de vie à la naissance est estimée à 48 ans pour la période 1985-90 (NATIONS UNIES, 1994). Le Sénégal présente un niveau de mortalité analogue, avec une espérance de vie à la naissance de 49 ans et près d'un enfant sur cinq qui décède avant 5 ans. En dépit de son niveau élevé, la mortalité des enfants a fortement diminué depuis trente ans, en milieu urbain comme en milieu rural (PISON *et al.*, 1995).

L'objectif de notre étude est de présenter la baisse de la mortalité des enfants en milieu rural sénégalais et l'évolution de ses composantes, tant en terme de structure par âge et sexe que de causes de décès.

Dans la zone d'étude de Niakhar, un suivi longitudinal de population est assuré de manière continue depuis 1983 pour l'ensemble de la zone (30 villages, environ 30 000 personnes aujourd'hui) et depuis plus de trois décennies¹ pour certains villages (8 villages, environ

¹Nous devons ici rendre hommage à PIERRE CANTRELLE qui a initié le projet en 1962 et à MICHEL GARENNE qui a informatisé la base de données en 1983.

6 000 personnes). Les données recueillies y sont fiables et précises. Elles incluent depuis 1984 un recueil des causes probables de décès attribuées par un médecin grâce à la méthode des autopsies verbales (GARENNE et CANTRELLE, 1991 ; CHAHNAZARIAN *et al.*, 1992 ; MARRA *et al.*, 1995).

Contexte socio-économique et sanitaire

Une population rurale en mutation

La population de la zone d'étude de Niakhar est une population relativement homogène en regard de l'ethnie (sereer), de l'activité (essentiellement agricole) et du niveau d'instruction (très faible). C'est une société de cultivateurs, profondément attachés au terroir, qui vivent d'une culture de subsistance, le mil, et d'une culture de rente, l'arachide, en association avec l'élevage de bovins, dont les grands troupeaux représentent traditionnellement la richesse.

Au cours des vingt dernières années, le désengagement de l'État dans la culture de l'arachide (baisse des subventions, baisse des crédits) et la baisse des cours mondiaux ont été des facteurs de crise déterminants, conduisant à une moindre utilisation d'intrants, un moindre investissement en matériel agricole et une augmentation des taux d'intérêts des prêts individuels. Par ailleurs, des facteurs écologiques importants, tels que la baisse de la pluviométrie, la saturation foncière (liée à la croissance démographique), et ses corollaires, l'appauvrissement des sols et la détérioration du parc arboré, ont conduit à une dégradation de l'environnement (GARIN *et al.*, à paraître ; LOMBARD, à paraître ; MBODJ, à paraître).

Pour faire face à cette situation de crise, de nouvelles stratégies de survie voient le jour, tant au niveau individuel que familial, et affectent le mode de production. L'activité principale reste néanmoins la culture du mil et de l'arachide, mais on voit se

développer un ensemble de petits métiers amenant des revenus additionnels (petit commerce, transport en calèche, embouche animale), certains départs vers la ville ou d'autres terres, et surtout la généralisation de la migration saisonnière de saison sèche vers la ville parmi les jeunes générations. Les migrations saisonnières sont particulièrement précoces chez les filles puisqu'elles concernent plus d'un quart des fillettes de 10 à 14 ans et près de la moitié de celles de 15 à 19 ans, alors qu'elles deviennent rares après 25 ans. Les garçons partent plus tard, très rarement avant 15 ans. Ces migrations concernent le quart des hommes entre 20 et 44 ans (figure 1) (MARRA *et al.* 1995).

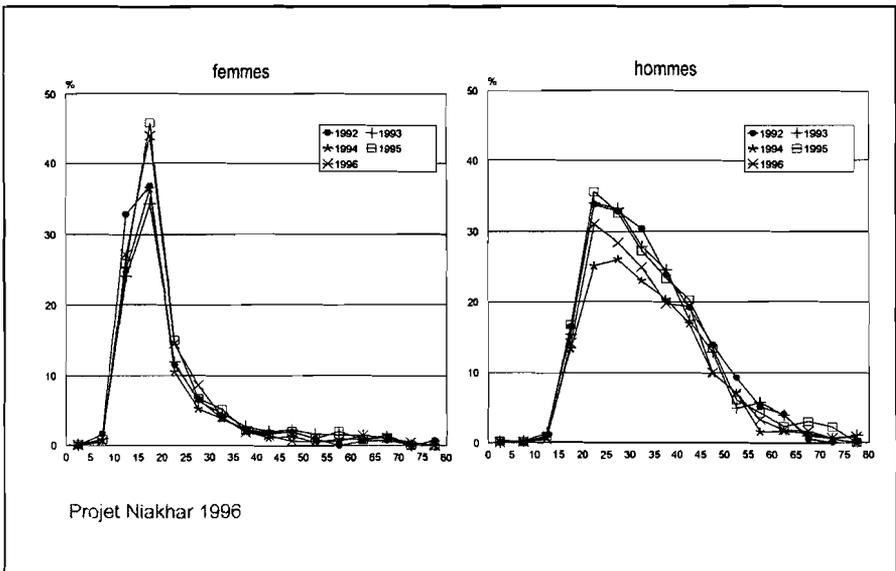


Figure 1
Proportions de migrants saisonniers selon le groupe d'âge et le sexe.

La généralisation des mouvements saisonniers vers la ville procure aux jeunes d'aujourd'hui une expérience autre que celle que leurs parents ont eu au village. Les séjours plus ou moins longs en milieu urbain à la période de l'adolescence leur

permettent d'échapper un peu à l'autorité familiale et de gagner une certaine autonomie. Même si un grand nombre d'entre eux retournent au village à l'âge du mariage pour entrer dans une union conforme aux normes traditionnelles, certains reviennent de la ville avec de nouvelles ambitions et revendications face au pouvoir familial et social, qui ne seront pas sans conséquences sur leurs comportements en matière de santé et de reproduction (DELAUNAY, 1994).

Les structures de soins

Trois dispensaires, associés à des maternités, assurent les soins de santé primaires à la population de la zone d'étude. Le plus ancien dispensaire se trouve à Toucar. Il a été ouvert en 1953, et dessert aujourd'hui une population d'environ 10 000 personnes. Faute d'infirmier, il a été fermé de novembre 1994 à février 1996. Cinq cases de santé, réparties dans les villages, dépendent de ce dispensaire. Mais elles sont pour l'instant inopérantes, faute de personnel (qu'il s'agisse d'agents sanitaires ou de matrones), de motivation du personnel (à cause des faibles rémunérations qui leur sont offertes), ou de supervision.

Le dispensaire de Ngayokhème, créé en 1983, intéresse une population d'environ 6 000 personnes. Il a longtemps souffert de la vacance du poste d'infirmier. Il est aujourd'hui dirigé par un agent sanitaire. La maternité est sous la responsabilité d'une matrone. Quatre cases de santé en dépendent. Elles ne fonctionnent pas. Les problèmes de rémunération et de motivation de personnels sont les mêmes qu'à Toucar. Deux cases de santé "privées" ont été ouvertes : l'une par une matrone qui se consacre aux accouchements, l'autre par un auxiliaire de santé.

Le dispensaire privé (catholique) de Diohine, créé en 1956, est de loin le mieux équipé. Il est dirigé par deux soeurs non diplômées, assistées d'une aide formée sur place. Il s'adresse à la population d'une dizaine de villages étudiés plus quelques autres en dehors de la zone d'enquête (environ 15 000 personnes). Une maternité rurale a été ouverte à Diohine, mais ne fonctionne que de manière très sporadique.

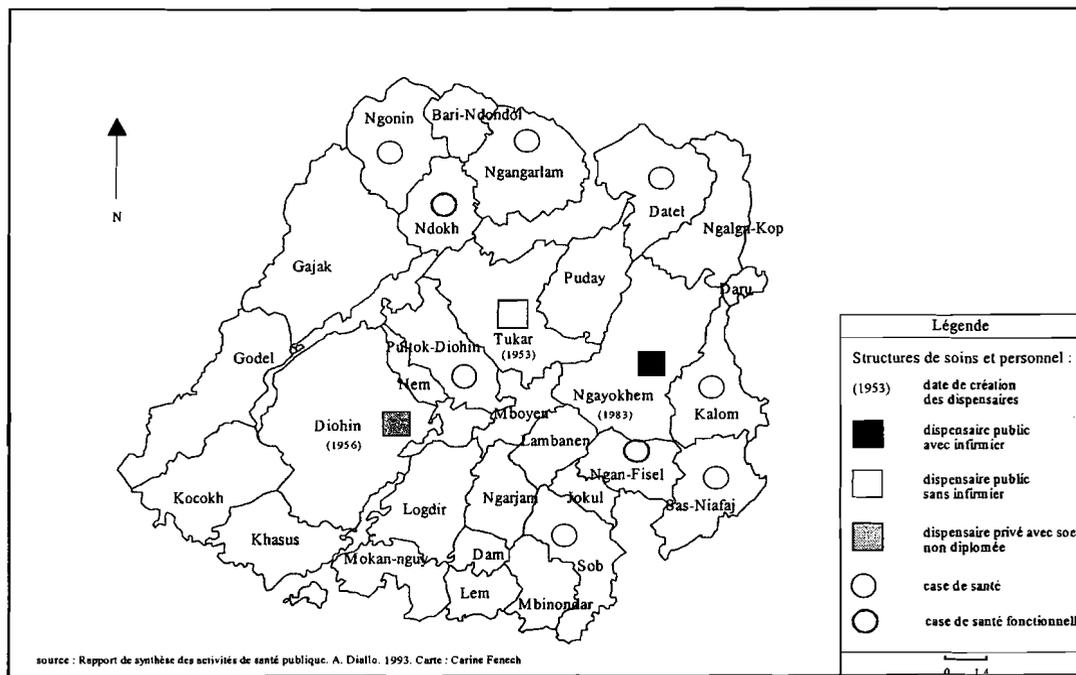


Figure 2
 Dispensaires (publics et privés) et cases de santé dans la zone d'Étude de Niakhar en 1995.

Les consultations générales et prénatales sont effectuées les jours ouvrables. Un médecin de l'équipe de l'Orstom apporte son appui pour les cas difficiles, au moins une fois par semaine, au niveau de chaque dispensaire.

Le recours aux soins traditionnels est fréquent. Il peut se faire de deux manières : soit à l'intérieur de la famille, soit en consultant un thérapeute traditionnel. La qualité des soins familiaux peut varier en fonction de la présence dans le ménage de personnes initiées à la médecine traditionnelle ou moderne.

■ Méthodologie

Intérêt et limites des données

L'intérêt premier de l'observatoire de population de Niakhar est de fournir des données d'une qualité exceptionnelle. L'enregistrement s'y fait de manière continue ; la fréquence des passages, au départ annuelle ou bisannuelle, est devenue hebdomadaire de janvier 1987 à février 1997. D'autre part, les données collectées et enregistrées informatiquement couvrent un nombre important d'événements sur une période de 12 années pour l'ensemble des villages, et de plus de trente ans pour huit d'entre eux. Cet enregistrement autorise alors l'analyse très fine des changements démographiques, avec une précision dans l'enregistrement des dates rarement égalée en Afrique, qui permet, entre autre, d'établir un ordre chronologique des événements.

Les limites de cet observatoire de population résident surtout dans le fait que l'observation est restreinte à une fenêtre spatio-temporelle. L'observation des individus se fait sur une période et dans un espace donnés, et aucune information sur leurs événements vécus avant l'entrée dans le champ d'observation ou au cours d'éventuelles sorties n'est disponible. Pour pallier ce problème, les techniques des enquêtes rétrospectives sont utilisées pour retracer certains événements (histoires génésiques,

histoires matrimoniales, ...). Par ailleurs, lorsque les individus sortent du champ d'observation, plus aucun événement les concernant n'est enregistré.

Le problème de la représentativité est souvent abordé lors de débats sur les observatoires de population. La question de savoir si l'on peut utiliser les résultats issus d'une observation continue (tendances démographiques, comportements de santé, ...) pour illustrer la situation démographique et sanitaire d'une région ou d'un pays, apparaît comme un faux problème. L'impact de la présence et/ou des interventions de l'observateur sur l'observé est inévitable. Il est nécessaire de savoir précisément quels types d'effet peuvent entrer en jeu, ce qu'une bonne connaissance du terrain permet.

Dans le cas de l'observatoire de Niakhar, cet effet peut concourir à la baisse de la mortalité 1) par le biais des activités en matière de santé menées par l'Orstom (vaccination, soutien médical) qui influencent le type de recours aux soins et la prise en charge des malades, et 2) par la circulation de modèles de comportements (à travers les discours des enquêteurs et des médecins) liés généralement à l'urbanisation et à la scolarisation. Or il apparaît, par comparaison avec des enquêtes régionales, que les indices de mortalité que l'on attendrait plus faibles, sont en fait plus élevés dans la zone de Niakhar, et cela en raison, en partie, de la meilleure qualité de l'enregistrement.

En effet, l'enregistrement des décès précoces, et plus particulièrement des décès néonataux, par enquête rétrospective reste difficile. Les réticences à l'idée de parler d'un décès précoce récent, surtout lorsque l'enfant décède avant le baptême, conduit à une sous-estimation de la mortalité. CANTRELLE (1969) a montré par l'utilisation simultanée de deux méthodes d'enregistrement en 1963-65 : enquête rétrospective et enquête longitudinale sur le devenir des grossesses, que le premier type d'enquête (par rapport au second) sous-estime de 37 % le nombre des décès avant un an. Les quotients de mortalité infantile selon les deux méthodes sont respectivement de 165 ‰ contre 238 ‰. En 1983, GARENNE a montré que le nombre d'omissions de décès néonataux est très important (plus de la moitié), même quand les passages sont rapprochés, si l'enquêteur ne dispose pas d'informations sur le dernier-né (GARENNE, 1984). C'est pourquoi la collecte a été organisée de manière à utiliser au maximum les informations déjà connues.

Analyse des niveaux de mortalité

Différents quotients de mortalité entre 0 et 5 ans ont été calculés sur les périodes 1963-65, 1963-73 et par année entre 1984 et 1995. Il s'agit des décès de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes, pour la mortalité infantile (1q0) ; des décès de 1 à 4 ans pour 1000 enfants atteignant l'âge d'un an (4q1), pour la mortalité juvénile ; des décès de moins de 5 ans pour mille naissances vivantes (5q0), pour la mortalité infanto-juvénile. Le taux de mortalité néonatale est calculé par le rapport des décès entre la naissance et le 28^{ème} jour au nombre de naissances vivantes.

Analyse des causes de mortalité

La méthode de l'autopsie verbale utilisée dans la zone de Niakhar permet de déterminer des causes probables de décès. Elle est basée sur un interrogatoire mené par un personnel non médical à l'aide d'un questionnaire où l'on retrace l'histoire de la maladie et sa durée, et où l'on recense une série de symptômes et de traitements correspondant aux causes supposées les plus fréquentes. Ces questionnaires sont ensuite analysés successivement par deux médecins, qui déterminent la cause probable du décès. Plus le délai entre l'enquête et le décès est court (tout en respectant un délai de convenance), meilleure est la qualité des questionnaires. Mis à part les décès maternels, les causes de décès adultes sont très difficiles à identifier, en raison de la variété des causes, mais surtout en raison de la difficulté de l'enquête liée à une plus grande pudeur à parler du décès d'un adulte (plus de la moitié des causes sont indéterminées). Les décès d'enfant de moins de 5 ans sont les plus faciles à diagnostiquer, mais, là encore, la fréquence des passages conditionne la qualité de l'information recueillie (80 % des causes sont identifiées). Les causes de décès sont considérées comme plus difficiles à établir au-delà d'un délai de 3 mois.

Cette méthode a l'avantage de fournir des informations sur les décès et leur cause en l'absence de source institutionnelle d'information, ce qui est le cas en milieu rural africain. Elle permet notamment d'observer l'évolution de la part des grandes causes de décès dans la mortalité.

Une mortalité des enfants en pleine évolution

La baisse de la mortalité des enfants

La mortalité générale a sensiblement baissé depuis 30 ans : l'espérance de vie à la naissance est passée de 27 ans en 1963-65, à 54 ans pour les 5 dernières années. Mais cette baisse concerne essentiellement les enfants âgés de moins de 5 ans : la probabilité de décéder entre 0 et 5 ans (5q0) est passée de 490 ‰ pour la période 1963-65 à 229 ‰ pour la période 1984-1995 (tableau 1). Elle reste cependant assez élevée puisque près d'un enfant sur 4 n'atteint pas l'âge de 5 ans. La baisse de la mortalité semble aujourd'hui s'essouffler et les indicateurs marquent des fluctuations récentes (figure 3).

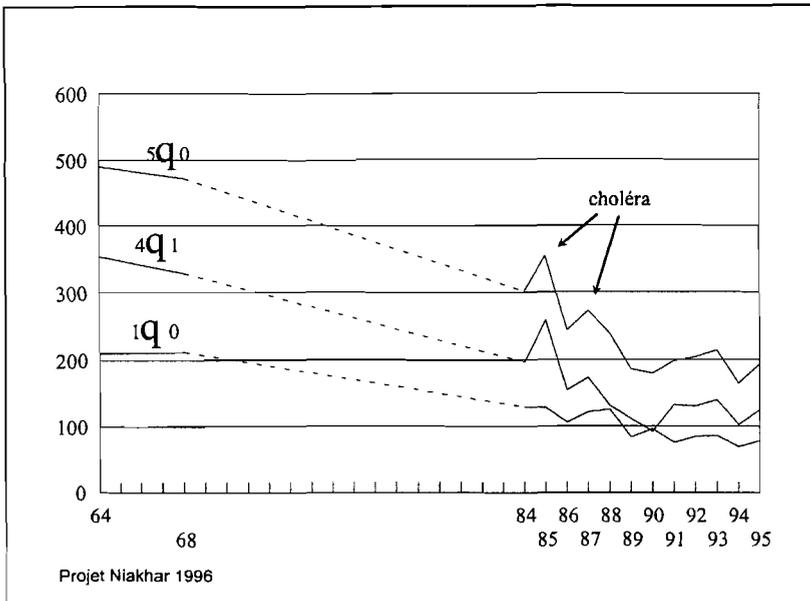


Figure 3
Évolution des quotients de mortalité infantile et juvénile.

Cette baisse de la mortalité relevée depuis les années soixante est essentiellement attribuée au développement sanitaire et socio-économique et, plus récemment, à la vaccination contre les principales maladies infectieuses de l'enfant. Les efforts de lutte contre le paludisme, déployés à partir de 1966 dans la région de Fatick (traitement par insecticides) et poursuivis en 1972 par un programme de chimiothérapie et chimioprophylaxie des enfants de 1 à 5 ans, ont probablement contribué à cette baisse. On observe, en effet, une forte diminution des décès attribués au paludisme entre la période 1963-71, où ils constituaient 45 % des décès, et la période 1972-81, où ils ne comptaient plus que pour 20 % (GARENNE *et al.*, 1985). Cette baisse est ponctuée de fluctuations relatives aux épidémies de choléra en 1985 et 1987.

Année	Mortalité infantile 196			Mortalité juvénile 491			Mortalité infanto-juvénile 590		
	filles	garçons	ens.	filles	garçons	ens.	filles	garçons	ens.
1963-65a			210			354			490
1963-73b	202	228	212	319	339	329	457	490	472
1984	120	136	129	180	214	197	278	322	301
1985	115	140	128	245	272	259	312	374	354
1986	103	109	106	159	149	154	246	241	244
1987	104	137	121	158	187	173	246	298	273
1988	114	136	125	122	140	131	222	257	239
1989	82	86	84	127	95	111	198	173	186
1990	100	92	96	85	99	92	176	183	179
1991	67	84	76	130	135	132	188	207	198
1992	78	92	85	120	141	130	188	220	204
1993	74	98	86	144	135	139	207	220	214
1994	60	77	69	95	110	102	148	179	164
1995	72	85	78	122	126	124	185	200	193
1984-95	91	106	99	139	150	145	218	240	229

a : arrondissement de Niakhar. Source : Cantrelle et Léridon, 1971.
 B : communauté rurale de Ngayokhème. Source : Garenne, 1981.

■ Tableau 1
 Evolution des quotients de mortalité infantile,
 juvénile et infanto-juvénile de 1963 à 1995.

La mortalité néonatale

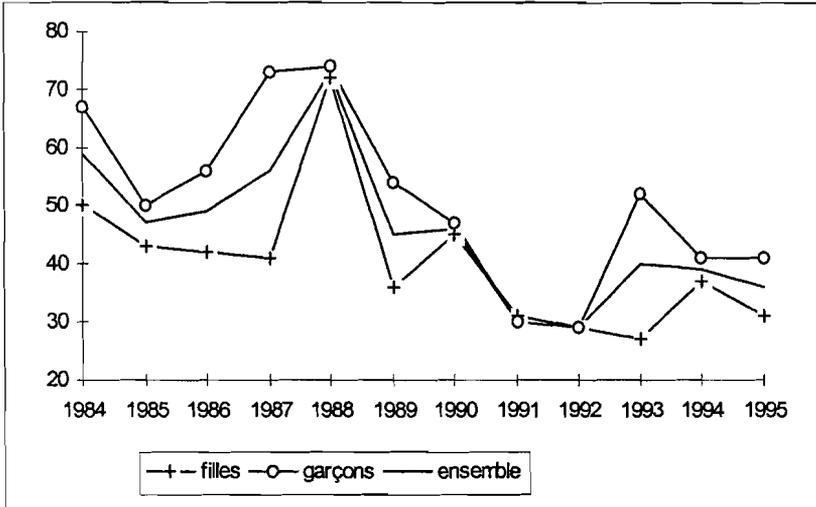
L'évolution de la mortalité néonatale (rapport des décès de moins d'un mois au nombre de naissances vivantes) est par contre beaucoup moins nette (tableau 2, figure 4).

Année	Taux de mortalité néonatale (%)			Ratio (g/f)
	filles	garçons	ensemble	
1984	50	67	59	1,34
1985	43	50	47	1,16
1986	42	56	49	1,33
1987	41	73	56	1,78
1988	72	74	73	1,03
1989	36	54	45	1,50
1990	45	47	46	1,04
1991	31	30	30	0,97
1992	29	29	29	1,00
1993	27	52	40	1,93
1994	37	41	39	1,11
1995	31	41	36	1,32
période 1984-95	40	52	46	1,30

Tableau 2
Évolution des taux de mortalité néonatale de 1984 à 1995

Il est difficile de dégager une tendance de cette mortalité sur la période d'observation. En 1988, la forte mortalité néonatale, liée au nombre particulièrement élevé de décès par prématurité, pourrait être due à une incidence exceptionnelle du paludisme chez les mères de ces enfants, cette année 1988 a connu une forte pluviométrie. Mais les modifications du mode de collecte des données, dont les passages bisannuels sont devenus hebdomadaires au cours de l'année 1987, conduisent à une différence de la qualité de l'enregistrement des décès et à une datation beaucoup plus précise. Or pour la définition du décès néonatal, dont la période de référence est très courte, la précision de la datation des événements est importante. On peut donc penser que la période antérieure à 1987 se caractérise par une sous-évaluation de la mortalité néonatale. Ces décès représentent une part importante de la mortalité infantile, liés le plus souvent à des problèmes de malformations congénitales ou au déroulement de l'accouchement. Leurs principales causes sont le tétanos, qui

s'expliquent par une mauvaise couverture vaccinale de la mère pendant la grossesse mais aussi par les conditions d'accouchement ainsi que des infections néonatales.



■ Figure 4
Taux de mortalité néonatale selon le sexe sur la période
1984-1995.

■ Une structure de la mortalité variable selon le sexe et l'âge des enfants

D'importantes variations de la mortalité selon l'âge

Le schéma de la mortalité des enfants que l'on retrouve à Niakhar est caractéristique de certaines populations africaines, avec une mortalité entre 1 et 5 ans plus élevée que la mortalité infantile, alors que les autres régions en développement présentent des indicateurs

de même ordre de grandeur. Une sous-estimation de la mortalité infantile est parfois invoquée pour expliquer ce phénomène.

Ici, la mortalité entre 1 et 5 ans (145 ‰) est plus élevée que la mortalité entre 0 et 1 an (99 ‰). Or, compte tenu de la méthodologie de collecte, il est difficile de croire à un important sous-enregistrement des décès de moins de 1 an : ces résultats confirment donc l'existence d'un particularisme africain de la structure par âge de la mortalité des enfants.

En fait, près de la moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans se situent entre 12 et 36 mois. L'hypothèse généralement avancée a trait aux pratiques alimentaires. L'introduction d'aliments autres que le lait maternel commence à 6 mois et le sevrage complet se situe autour de 2 ans. Durant cette période, l'enfant court un risque infectieux particulièrement important du fait de la contamination des compléments alimentaires, et de la disparition de la protection par le lait maternel. Une autre explication est que le groupe des 12-36 mois est le plus vulnérable au paludisme. Le plus haut niveau de mortalité par paludisme semble être atteint vers 2 ans. Cela peut expliquer l'importance relative de la mortalité entre 1 et 5 ans.

Ce particularisme tend généralement à s'atténuer avec la baisse de la mortalité des enfants. Pour l'ensemble des pays africains, la baisse de la mortalité entre 1 et 5 ans est beaucoup plus rapide que celle de la mortalité infantile. Les niveaux deviennent équivalents lorsque la mortalité entre 0 et 5 ans atteint environ 150 ‰, puis le rapport s'inverse (BARBIERI, 1995).

Pour l'ensemble du Sénégal, les niveaux de mortalité infantile et juvénile sont aujourd'hui équivalents : selon les résultats de l'EDS-II, pour la période 1988-92, les quotients de mortalité sont respectivement de 68 ‰ pour la mortalité infantile et juvénile et 131 ‰ pour la mortalité infanto-juvénile (NDIAYE *et al.*, 1994). Dans la zone de Niakhar, cet équilibre n'est pas encore atteint (figure 5), mis à part deux années particulières qui ont connu, pour 1988, un pic de mortalité néonatale et, pour 1990, une épidémie de coqueluche, maladie qui a touché surtout les enfants de moins de 1 an. Inversement, 1985 est une année particulière où une épidémie de choléra a été plus meurtrière parmi les enfants de 1 à 5 ans. Si l'on écarte ces points, l'évolution du rapport ne présente pas de tendance et il semblerait que la baisse de mortalité dans les deux groupes d'âge soit proportionnellement la même.

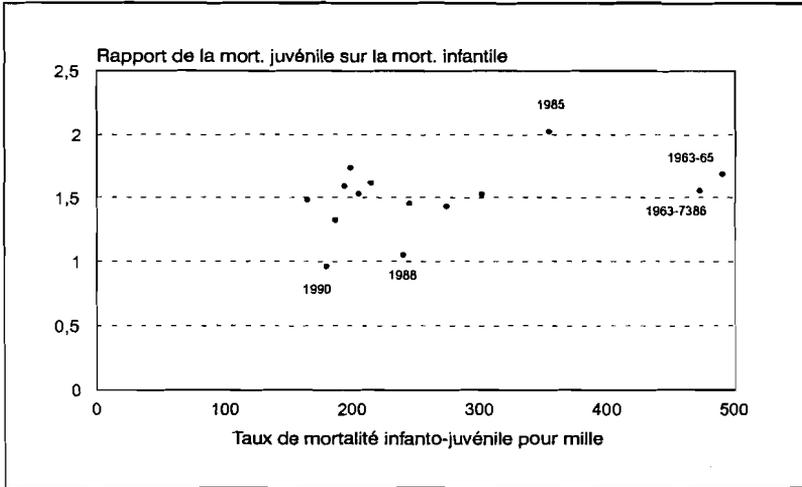


Figure 5
Relation entre le rapport ${}_4Q_1/Q_0$ et le niveau de ${}_5Q_0$.

Une mortalité différentielle selon le sexe

Les données sur la structure par sexe de la mortalité des enfants au niveau national montrent une surmortalité des garçons, qui semble s'accroître avec le temps et la baisse de mortalité (PISON *et al.*, 1995). Les données de Niakhar confirment l'écart de mortalité entre les sexes, mais cet écart ne se creuse pas avec le temps (tableau 3). Par ailleurs, aucune liaison n'est établie entre la taille de l'écart et le niveau de mortalité.

Cette surmortalité des garçons se retrouve également en période néonatale (tableau 2). Elle atteint son maximum en 1993 où l'on dénombre 2 fois plus de décès de garçons (33 contre 16 chez les filles). Les principales causes sont le tétanos (9 décès de garçons contre 1 de fille), et les infections néonatales (respectivement 9 contre 4). Ces différences de mortalité sont certainement en partie dues à des facteurs d'ordre biologique et à une plus grande fragilité des garçons.

En effet, ces décès sont en grande partie la résultante de malformations congénitales, des conditions d'accouchement et de

la couverture vaccinale des mères contre le tétanos pendant la grossesse, autant d'éléments indépendants du sexe de l'enfant.

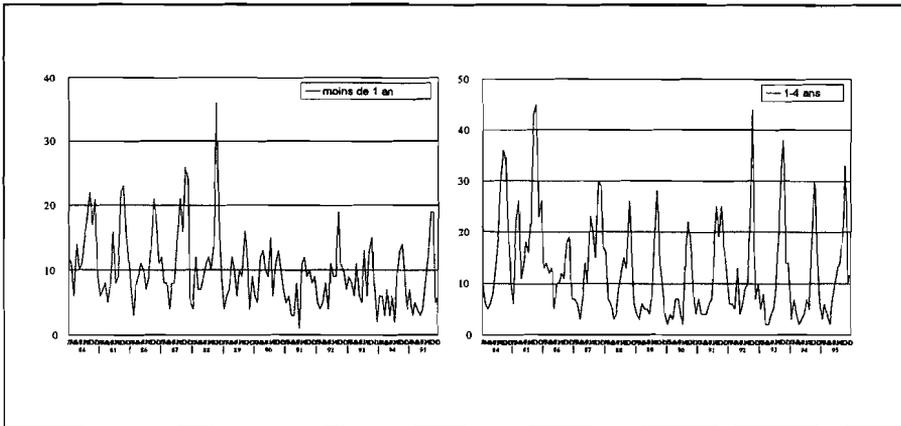
Année	Ratio de mortalité (g/f)		
	entre 0 et 1 an	entre 1 et 5 ans	entre 0 et 5 ans
1963-73 ^a	1,13	1,06	1,07
1984	1,13	1,19	1,16
1985	1,22	1,11	1,20
1986	1,06	0,94	0,98
1987	1,32	1,18	1,21
1988	1,19	1,15	1,16
1989	1,05	0,75	0,87
1990	0,92	1,16	1,04
1991	1,25	1,04	1,10
1992	1,18	1,18	1,17
1993	1,32	0,94	1,06
1994	1,28	1,16	1,21
1995	1,18	1,03	1,08
1984-95	1,16	1,08	1,10

a : arrondissement de Niakhar. Source : Cantrelle et Léridon, 1971.

■ Tableau 3
Différences de mortalité entre les sexes avant 5 ans.

■ Une saisonnalité des décès des enfants

Dans la plupart des régions tropicales rurales, la saison des pluies est la période la plus critique de l'année, pour l'état de santé des populations. C'est la saison au cours de laquelle la malnutrition, la morbidité et la mortalité sont les plus importantes (CHAMBERS, 1981). Tel est le cas de la zone de Niakhar, où la mortalité présente d'importantes variations saisonnières, avec un pic de mortalité pendant l'hivernage, de juillet à novembre (figure 6).



■ Figure 6
Décès mensuels des enfants âgés
de moins de 1 an et de 1 à 4 ans.

C'est en effet une période de forte exposition aux infections (diarrhées, paludisme, choléra...). C'est aussi une période d'insuffisance alimentaire, qualifiée de "période de soudure", au cours de laquelle les greniers se vident et la nouvelle récolte se fait attendre. Parallèlement, c'est un moment où la demande énergétique maximum pour assurer les travaux des champs est importante. Il s'ensuit un état de malnutrition aiguë (CHAHAZARIAN *et al.*, 1992 ; SIMONDON *et al.*, 1992), qui touche plus particulièrement les femmes et les enfants.

■ Les causes probables de décès

L'enregistrement des causes de décès, par la méthode des autopsies verbales est assez fiable et le nombre de causes de décès non identifiées ainsi que les non réponses ont diminué considérablement (tableau 4). L'évolution des causes probables de décès des enfants de 1 mois à 5 ans montre la quasi disparition des décès par rougeole et coqueluche. Ce phénomène s'explique par le

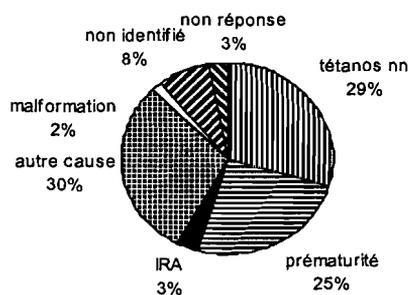
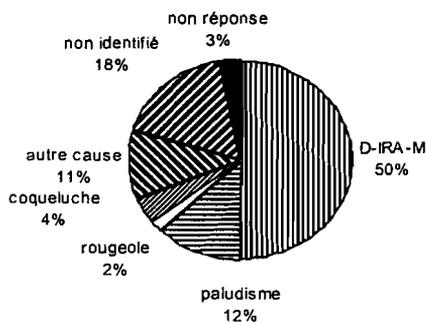
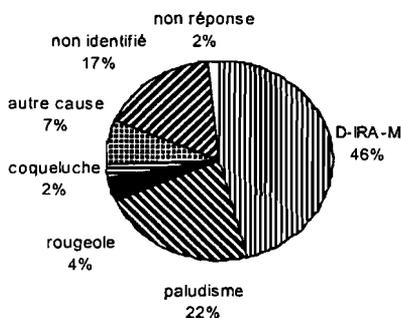
développement du programme élargi de vaccination (PEV) et la présence des médecins de l'Orstom, en raison de programmes de recherche épidémiologiques et vaccinaux sur ces maladies.

Les symptômes présentés par un enfant avant son décès et relatés dans le questionnaire d'autopsie verbale peuvent se recouper et conduire à un diagnostic multiple. La difficulté peut être contournée par la description de trois causes de décès : cause principale, cause immédiate et cause associée. Un enfant meurt d'infection respiratoire aiguë (cause immédiate), en état de malnutrition (cause principale), associée à une maladie diarrhéique (cause associée). Les doubles diagnostics rendent d'autant plus délicate l'analyse des causes de décès.

Les trois causes de décès qui apparaissent aujourd'hui les plus fortement intriquées sont les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës (IRA) et la malnutrition. On parle de « complexe diarrhée-infection respiratoire aiguë-malnutrition » (DIRAM) et nous avons choisi de regrouper ces causes dans l'analyse de la structure par cause des décès.

Le complexe DIRAM est de loin la première cause de décès chez les enfants. Près d'un tiers des décès avant 1 an (la moitié des décès entre 1 mois et 1 an) et près de la moitié des décès entre 1 et 5 ans lui sont attribués (tableau 4, figure 7). Avant un mois (29 jours), les causes de décès sont plutôt en relation avec les circonstances de la naissance : le tétanos néonatal, qui est cause de près d'un tiers des décès et la prématurité ou les petit poids de naissance, qui expliquent le quart des décès.

Le paludisme fait partie des maladies les plus difficiles à diagnostiquer et les résultats présentés ici sont donc à prendre avec une certaine réserve. Selon les diagnostics établis, le paludisme arrive en deuxième rang des décès entre 1 mois et 5 ans ; on lui attribue près de 1/5 des décès (12 % entre 1 mois et 1 an ; 22 % entre 1 et 5 ans). La rougeole et la coqueluche expliquent 6 % des décès en moyenne sur la période.

décès néonatal (0-28 jours)**décès postnéonatal (1-11 mois)****décès juvénile (1-4 ans)**

■ **Figure 7**
Structure par cause probable des décès des enfants de moins de 5 ans sur la période 1984-96 à Niakhar - Sénégal.

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1984-1996
<i>(a) Enfants âgés de 0-11 mois</i>														
Diarrhée+IRA+malnutrition	43,0	50,3	21,7	38,4	28,8	18,6	24,9	24,3	40,7	33,0	16,8	22,1	25,2	29,7
Paludisme	6,9	3,9	0,9	6,8	5,6	3,4	4,4	7,5	7,1	9,8	6,2	15,9	9,6	6,8
Rougeole	3,4	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	1,8	0,9	0,0	0,0	0,9	1,1
Coqueluche	4,3	5,9	10,0	3,4	0,0	0,0	6,2	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	2,3
Tétanos	14,6	16,8	19,9	34,1	28,8	18,6	19,6	7,5	6,2	8,9	7,1	2,7	1,7	14,4
Prématurité et ptt pds de naiss.	22,3	14,8	13,6	8,5	25,1	9,3	8,9	7,5	11,5	8,0	8,0	12,4	7,0	12,02
autre cause	22,3	9,9	13,6	7,7	26,0	19,4	24,0	19,7	15,1	22,3	32,8	29,2	37,4	21,6
cause non identifiée	19,8	20,7	28,1	24,7	21,4	17,7	15,1	12,1	8,0	6,3	2,7	0,9	0,9	13,7
non réponse	6,0	9,9	6,3	8,5	1,9	1,7	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,9	0,9	2,8
Total	142,6	138,2	114,1	132,3	137,7	88,7	104,0	79,6	90,3	91,1	73,6	83,9	83,4	104,4
Effectifs	166	140	126	155	148	105	117	85	102	102	83	95	96	1520
<i>(b) Enfants âgés de 1-4 ans</i>														
Diarrhée+IRA+malnutrition	26,4	35,3	13,9	23,2	17,5	14,7	14,3	20,6	20,1	17,6	12,4	12,2	9,8	18,0
Paludisme	6,3	5,5	3,2	7,9	3,5	5,9	3,5	7,4	11,1	14,2	11,4	16,4	14,9	8,7
Rougeole	4,9	11,1	2,6	0,8	0,0	0,8	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
Coqueluche	2,9	4,7	3,5	0,8	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
autre cause	1,2	2,6	2,3	3,0	2,4	1,9	1,8	1,5	2,3	4,0	2,7	4,2	5,6	2,8
cause non identifiée	12,9	18,7	14,2	12,0	10,7	5,9	4,0	6,4	2,3	1,7	0,5	0,7	0,0	6,6
non réponse	2,0	1,5	2,0	1,4	1,6	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,5	0,7
Total	56,6	79,4	41,7	49,0	35,7	29,7	24,3	36,2	35,7	37,8	27,1	33,5	30,8	39,1
Effectifs	197	272	144	180	133	111	97	146	142	152	109	135	126	1944

Tableau 4

Mortalité selon la cause probable de décès chez les enfants de moins de 5 ans (taux en ‰)

Variations dans le temps de la mortalité spécifique

L'évolution de la mortalité des enfants est ponctuée de fluctuations conséquentes de facteurs environnementaux : épidémies subies par la population, variations des précipitations pluviométriques, programmes sanitaires. Les variations du complexe DIRAM sont délicates à interpréter et il est difficile de conclure sur leur évolution et leur lien avec les variations des précipitations (figure 8). Certaines hypothèses peuvent être formulées : deux épidémies de choléra (1985 et 1987) ont augmenté la mortalité par diarrhée ; la mortalité par IRA est généralement inversement proportionnelle au niveau des précipitations ; la même relation est attendue pour la mortalité par malnutrition. Ces hypothèses restent à prouver. Par ailleurs la baisse des causes de décès indéterminées observée surtout à partir de 1992 semble se reporter sur cette catégorie.

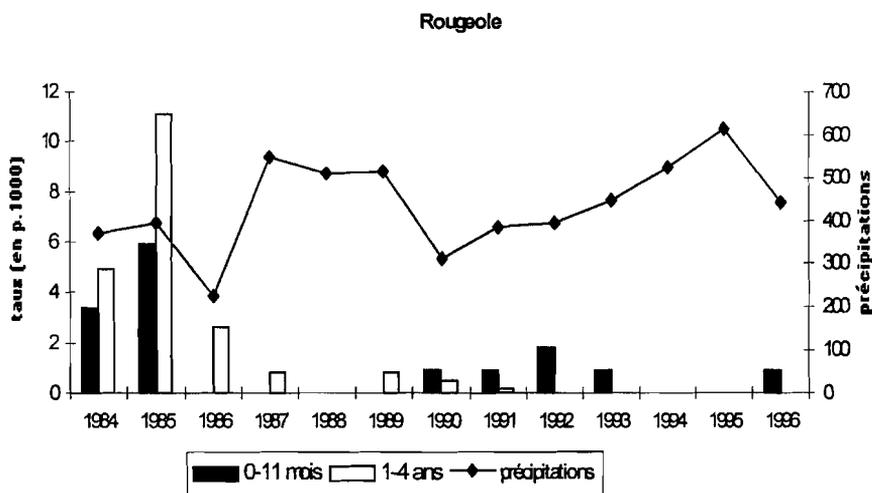
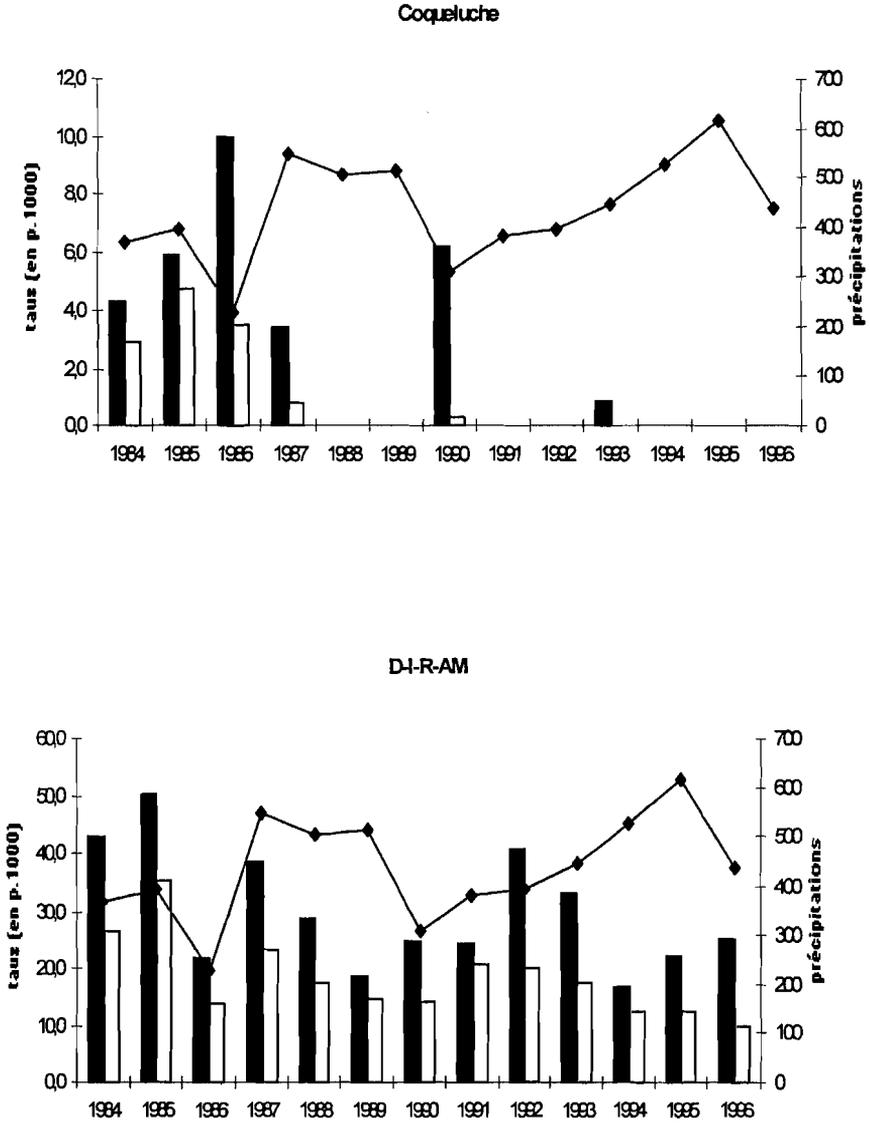
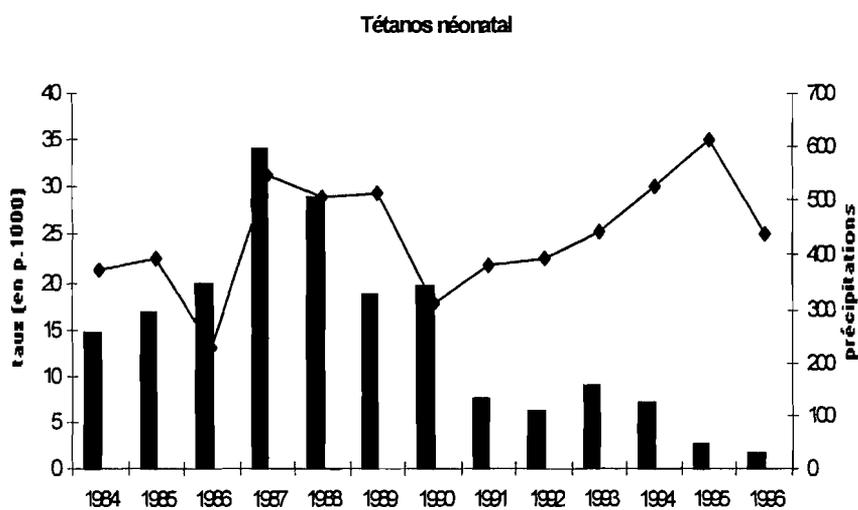
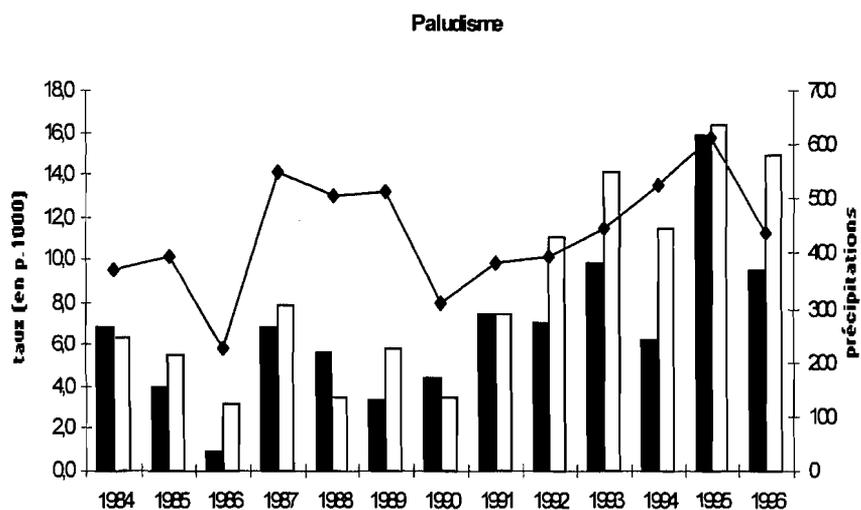


Figure 8
Taux de mortalité, infantile et juvénile.



■ Figure 8 (suite).



■ Figure 8 (suite et fin).

La mortalité par paludisme présente une hausse récente importante en relation, semble-t-il, avec l'augmentation des précipitations, qui favoriserait la transmission. Certains avancent des hypothèses fondées sur l'apparition d'une chimiorésistance à la chloroquine qui deviendrait alors inefficace pour le traitement de la maladie (TRAPE *et al.*, 1997). Or cette hypothèse postule une utilisation préventive massive de chloroquine qui reste à prouver.

Trois maladies traditionnellement très meurtrières sont en nette régression : il s'agit de la rougeole, la coqueluche et le tétanos. Ce fait peut être attribué à la fois à l'application du Programme Élargi de Vaccination depuis 1987², et aux soins médicaux prodigués dans le cadre de programmes spécifiques de surveillance de ces deux maladies, conduits dans la zone depuis 1987.

■ Conclusion

Nous avons pu évaluer l'évolution des indicateurs de mortalité des enfants dans la zone de Niakhar. L'enregistrement des naissances et des décès est fiable en raison du type d'enregistrement et de la fréquence des passages (semestriels de 1984 à 1987, hebdomadaires ensuite). Les données anciennes (1963-1973) sont de qualité équivalente et, bien que ne couvrant pas exactement la même zone, fournissent des résultats comparables.

L'enregistrement des entrées et sorties des individus permet de calculer précisément la population soumise au risque de décéder (personne-années). Ces résultats montrent une baisse considérable de la mortalité des enfants entre le début des années soixante et aujourd'hui. On passe d'une situation où un enfant sur deux mourrait avant 5 ans à une autre où ce n'est plus qu'un

²80 % des enfants de moins de 5 ans sont complètement vaccinés en 1996 ; la proportion des enfants protégés à la naissance par la vaccination antitétanique de leur mère (selon le schéma de l'OMS) est passée de 5,1 % à 82,7 %.

enfant sur cinq qui meurt avant 5 ans. Certes, ce niveau est encore élevé, mais le progrès n'en est pas moins considérable.

Il est d'autant plus intéressant de se pencher sur cette évolution qu'on a peu d'arguments pour en expliquer la cause. Les politiques sanitaires et vaccinales efficaces sont relativement récentes (début des années 80). Des hypothèses sur le rôle du développement économique et des efforts sanitaires (désinsectisation) peuvent évidemment être avancées, mais sont difficilement vérifiables. Les données de Niakhar ne sont pas les seules à présenter une série longue d'indicateurs de mortalité et il serait intéressant de développer une étude comparative, à caractère historique, visant à retracer les composantes de la baisse de la mortalité en Afrique de l'Ouest.

Sur la période récente (1984-1997), on a pu voir, au delà d'une poursuite (ralentie) de la baisse des indicateurs, une modification de la structure par cause de la mortalité des enfants : le complexe diarrhée-infection respiratoire aiguë-malnutrition reste la cause principale des décès avant 5 ans ; la rougeole et la coqueluche et le tétanos prennent désormais une faible part des causes de décès ; la mortalité palustre apparaît de plus en plus inquiétante.

Bibliographie

- BARBIERI M., 1995 – « La santé des enfants en Afrique subsaharienne : un futur menacé ». In : *Clin d'œil de démographes à l'Afrique*. Paris, CEPED, Documents et Manuels du CEPED, n° 2 : 181 – 198.
- CANTRELLE P., 1969 – *Etude démographique dans la région du Sine-Saloum (Sénégal). État civil et observation démographique*. Paris, ORSTOM, Travaux et documents de l'Orstom, n°1,121 p.
- CANTRELLE P., LÉRIDON H., 1971 – Breast Feeding Mortality in Childhood and Fertility in a Rural Zone of Senegal. *Population Studies*, 25 (3) : 505 – 533.
- CHABIRAND L., MARRA A – *Estimation de l'efficacité vaccinal du vaccin antitétanique, Niakhar, Sénégal*. 1987 – 1995. à paraître.
- CHAHNAZARIAN A., BECKER C., DELAUNAY V., PRÉZIOSI M – P., SAMB B., SIMONDON F., SIMONDON K.,B., 1992 – *Population et santé à Niakhar – Niveaux et tendances des principaux indicateurs démographiques et épidémiologiques de la zone d'étude*. – 1984 – 1991. Dakar, ORSTOM, 76 p., multigr.

CHAMBERS R., 1981 –
Health, Agriculture, and Rural
Poverty : Why Seasons Matte. *The
Journal of Development Studies*,
18 (2) : 217 – 238.

DIALLO A., 1993 –
*Rapport de synthèse des activités de
santé publique*. - Dakar, ORSTOM
(non publié).

DELAUNAY V., 1994 –
L'entrée en vie féconde. Expression
démographique des mutations socio-
économiques d'un milieu rural
sénégalais. – Paris, CEPED. *Les
Études du CEPED*, n° 7, 326 p.

GARENNE M., 1981 –
*The Age Pattern of Infant and Child
Mortality in Ngayokheme (Rural West
Africa)*. Pennsylvania, Population
Studies Center, University of
Pennsylvania, African Demography
Working Paper n°9, 36 p.

GARENNE M., 1984 –
*Les concepts de l'analyse
longitudinale et ses implications pour
la collecte des données : exemple de
l'utilisation de questionnaires
informatisés pour améliorer
l'enregistrement des décès précoces
au Sénégal en milieu rural (Niakhar)*.
Communication au séminaire de
l'institut du Sahel sur les enquêtes
EMIS, Bamako, 20 – 24 août, 17 p.

GARENNE M., CANTRELLE P., 1991 –
*Tree Decades of Research on
Population and Health : the ORSTOM
Experience in Rural Senegal : 1962 –
1991*. Saly Portudal, IUESP, 43 p.
Communication au séminaire sur
« les études longitudinales »,
7 – 11 octobre.

GARENNE M., CANTRELLE P.,
DIOP I.L., 1985 –
Le cas du Sénégal (1960 – 1980). In :
Vallin J., Lopez A. éd., *La lutte contre
la mort. Influence des politiques
sociales et de santé sur l'évolution de
la mortalité*, Paris, INED, Travaux et
documents, n° 108, chapitre 15 :
307 – 329.

GARIN P., GUIGOU B., LERICOLLAIS A. –
« Les pratiques paysannes en pays
sereer siin ». In Lericollais A. éd.,
Les paysans sereer (Sénégal).
Permanences et changements. Paris,
Orstom, à paraître.

LOMBARD J., –
« Des soudures aux crises
alimentaires, les réponses
paysannes dans le Sine (Sénégal) ». In
Lericollais A. éd., *Les paysans
sereer (Sénégal)*. *Permanences et
changements*. Paris, Orstom, à
paraître.

MARRA A., DELAUNAY V.,
SIMONDON F., 1995 –
*Population et Santé à Niakhar – Mise
à jour des principaux indicateurs
démographiques – Période 1984 –
1994*. ORSTOM, Dakar, 29 p.,
multigr.

MBODJ M., –
« De la traite à la crise agricole : la
crise trentenaire de l'économie
arachidière ». In Lericollais A. éd.,
Les paysans sereer (Sénégal).
Permanences et changements. Paris,
Orstom, à paraître.

NATIONS UNIES, 1994 –
*World Population Prospects. The
1994 revision*. New York, Division de
la Population.

NDIAYE S., DIOUF P.D., AYAD M.,
1994 –
*Enquête Démographique et de Santé
au Sénégal (EDS - II) 1992/93*. –
Dakar, Ministère de l'économie et des
finances, Direction de la statistique,
Division des enquêtes et de la
démographie, 284 p.

PISON G., HILL K.H., COHEN B.,
FOOTE K.A., éd., 1995 –
Population Dynamics of Senegal. –
Washington, National Academic
Press, 254 p.

SIMONDON K., B., BÉNÉFICE É.,
SIMONDON F., DELAUNAY V.,
CHAHNAZARIAN A., 1992 –

« Seasonal variation in nutritional status of adults and children in rural Senegal ». In : Ulijaszek S., Strickland S. éd., *Seasonality and Human Ecology* : 166 – 183. Cambridge, Cambridge University Press.

TRAPE J – F., PISON G., PRÉZIOSI M. P., ENEL C., DESGRÉE DU LOÛ A., DELAUNAY V., SAMB B., LAGARDE E., MOLEZ J. F., SIMONDON F., Impact de la résistance à la chloroquine sur la mortalité palustre. Compte rendu de l'Accadémie des Sciences, Paris. *Sciences de la vie*. n° 321, juin 1998.

Postface

Le concept de santé de la reproduction tel que défini par l'OMS couvre un champ plus large que la santé de la mère et de l'enfant puisqu'il prend en compte la question de la régulation de la fécondité (maîtrise de la fécondité et lutte contre l'infécondité) et de la santé sexuelle (les maladies sexuellement transmissibles dont le sida, les mutilations sexuelles et l'éducation pour la santé). Les différents articles présentés dans cette publication, bien que limités aux thèmes de la santé maternelle et infantile, sont très riches d'enseignement pour la méthodologie d'observation des questions relatives à la santé de la reproduction.

Les évolutions socio-économiques, démographiques et sanitaires, la recrudescence et l'apparition de certaines maladies sexuellement transmissibles, en particulier l'émergence du sida, les revendications des femmes par rapport à leurs droits en matière de procréation, sont autant d'éléments qui ont amené à changer les approches dans l'étude de la reproduction humaine. Notamment, la relation mère-enfant n'est plus considérée comme l'unique cadre d'expression des besoins des femmes en matière de santé. De même que les femmes d'âge fécond ne sont désormais plus la seule population prise en compte dans le champ d'étude de la santé de la reproduction : les femmes de tous âges mais aussi les hommes, la population adolescente comme adulte constituent des acteurs à cibler.

La nécessaire prise en compte des facteurs socio-économiques et institutionnels

La tendance dans les études réalisées sur la santé maternelle et infantile est bien souvent de se focaliser uniquement au niveau individuel en analysant les comportements des femmes, sans tenir compte de leur environnement social et familial, ni de leur pouvoir de décision. Ces études tendent le plus souvent à privilégier le contexte socio-culturel comme le principal élément déterminant de certains comportements. Cette vision conduit parfois à des interprétations culturalistes où la population et ses valeurs culturelles sont désignées comme unique responsable des

comportements et comme facteurs d'entrave à certains changements. Or bien d'autres éléments, tout particulièrement en matière de santé de la reproduction, doivent être considérés pour comprendre et expliquer les comportements de santé, et les processus décisionnels tant au niveau individuel que collectif.

Ainsi, la question de l'accès aux soins intervient comme un des facteurs déterminants. Elle pose plus généralement le problème de l'offre de soin qui nécessite des analyses situationnelles des structures sanitaires afin d'appréhender leurs conditions de fonctionnement réel mais aussi le vécu des populations par rapport à ces structures.

L'analyse de cette offre implique une prise en compte de l'ensemble de médiateurs institutionnels qui interviennent dans la définition et l'exécution des actions en matière de santé : le secteur de la médecine traditionnelle, les structures sanitaires officielles, du domaine public comme privé, les organisations non gouvernementales, les agences internationales, et les responsables nationaux des politiques sanitaires.

Les facteurs socio-économiques sont également des éléments déterminants de l'état de santé et des comportements des populations : le niveau d'instruction de la femme, de son conjoint, le statut économique du ménage (statut des individus dans l'activité, revenus, répartition des tâches au sein de l'activité domestique et de production). Par exemple en milieu rural, le mode d'organisation des activités agricoles basé sur des besoins de main-d'oeuvre importants participe au maintien d'une fécondité élevée.

L'environnement familial joue aussi un rôle important dans les processus décisionnels en matière de santé de la reproduction en imposant parfois certaines normes de comportements. Ainsi de nombreuses études ont montré le rôle des aînés dans les choix thérapeutiques (DOAN et BISHARAT, 1991 et OUEDRAOGO, 1994), mais aussi l'importance de la solidarité familiale dans la prise en charge des soins.

Le statut des enfants au sein de la famille constitue un autre facteur qui conditionne la façon dont ils seront soignés : ainsi comme l'ont souligné CASTLE au Mali (1995) et ROGER-PETITJEAN (1996) au

Burkina, des différences de comportements apparaissent entre les enfants biologiques et les enfants confiés.

La prise en compte de ces différents éléments, comme nous avons pu le mettre en évidence à travers les articles de cet ouvrage, nécessite de diversifier les méthodologies d'observation et d'utiliser différentes sources de données. Elle impose également une approche pluridisciplinaire.

L'intérêt d'une approche pluridisciplinaire

Diverses sources de données existent pour étudier ces phénomènes, les statistiques sanitaires, des enquêtes qualitatives ou quantitatives. Les statistiques sanitaires bien que présentant quelques lacunes sont des données, qui avec une amélioration de leur contenu et de leur mode de collecte, ainsi que une analyse plus détaillée pourrait fournir de nombreux indicateurs sur la santé de la reproduction. Bien que non représentatives de la population générale, puisque représentant essentiellement une population de consultants, elle fournissent des données à une périodicité régulière et sont de ce fait de bons indicateurs pour une analyse de tendance de la morbidité.

D'autres investigations de type quantitatif et / ou qualitatif sont cependant nécessaires pour compléter ces statistiques sanitaires. Ces investigations reposent sur d'autres méthodes d'observation. Les enquêtes quantitatives consistent généralement en des études à large échelle basées sur des échantillons représentatifs de la population. Réalisées le plus souvent avec des questionnaires à items fermés, elles fournissent des indicateurs de tendances. Les études qualitatives sont conduites à travers des observations participantes, des focus groupes, elles permettent une meilleure compréhension du contexte culturel, social et économique. Ces deux types d'enquêtes peuvent être menées en parallèle. Une connaissance approfondie du milieu permettra de mieux comprendre les comportements dans le domaine étudié, de les resituer dans le fonctionnement global de la société et d'avoir une meilleure interprétation des résultats statistiques.

Quel que soit le type d'enquête réalisé, il est important de cerner un large réseau d'interlocuteurs pour prendre en compte l'apport

des différents acteurs dans le domaine de la santé. En effet nous avons vu que l'environnement familial était un facteur déterminant dans ces comportements et que les processus décisionnels pouvaient être multiples. Ainsi ces enquêtes doivent-elles s'adresser aux hommes et femmes mais aussi aux différents intervenants du secteur de la santé (personnel soignant du secteur formel comme informel).

De la santé de la reproduction aux droit reproductifs

Lors de la Conférence du Caire en 1994, la réflexion a porté sur la notion de droits reproductifs. Il est stipulé que ces droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus. « Ces droits reposent sur la reconnaissance fondamentale de tous les couples et individus à décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leur naissance et de disposer des informations pour ce faire et du droit de tous à accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction » (NATIONS UNIES, 1994).

Cette notion de droit reproductif a été jusqu'à présent peu prise en compte dans les différentes études, elle participe d'une réflexion plus large sur le droit et l'équité face à la santé. Elle renvoie à des considérations en terme d'avantage politique d'un accès aux soins pour tout le monde (disponibilité, accessibilité des services). Elle concerne également le droit individuel pour tous les individus, les femmes comme les hommes, de pouvoir choisir librement le type de prestation de santé souhaité (le type de soin, le prestataires, les méthodes). Les études des choix en matière de fécondité amènent à s'interroger sur les processus décisionnels. Ces processus sont déterminés par l'autonomie économique des femmes et des couples, mais aussi par le degré d'implication de la famille dans le choix des couples. Il importe par conséquent d'aborder le comportements en matière de santé de la reproduction en termes de droit des couples et en particulier des femmes à décider.

Cette notion de droit reproductif se pose avec plus d'acuité dans une période où de nombreux pays adoptent des politiques destinées à réduire la fécondité et où des programmes sont implantés. Ainsi, il a été constaté à travers de nombreuses études, le rôle des

prestataires dans le choix des méthodes proposées et la contrainte qu'ils imposent dans les choix individuels. Cette question est également particulièrement importante dans le contexte de développement de l'épidémie de sida et de recrudescence de certaines maladies sexuellement transmissibles. En effet, ces maladies risquent de modifier les comportements sexuels et reproductifs des individus et auront des conséquences sur la santé et le devenir des populations.

À cause du mode de prévention qu'elles imposent, elles ont un impact sur la négociation des relations sexuelles, et posent le problème des relations entre hommes et femmes. Ces maladies introduisent la question du droit de la connaissance de son statut sérologique et celle des droits et devoirs d'en informer ou non son partenaire. D'autre part, elles risquent d'induire des changements sur la gestion de la fécondité : changement de la valeur accordée à l'enfant face aux risques de contamination ou au contraire renforcement de la valeur de l'enfant considéré comme instrument de survie, refus d'avoir d'autres enfants par crainte qu'ils ne deviennent orphelins...

Ces différentes questions se doivent d'être approfondies dans une approche de compréhension des comportements de santé, des comportements préventifs et éventuellement reproductifs.

Agnès Adjamagbo
Socio-démographe

Agnès Guillaume
Démographe

Résumés

Myriam Roger-Petitjean : « Accès aux soins des enfants confiés en milieu urbain africain : le cas de Bobo Dioulasso »

Le statut familial des enfants, enfants biologiques ou d'enfants confiés va conditionner certains recours aux soins, et parfois révéler des pratiques discriminantes. À partir d'études réalisées dans un centre de réadaptation nutritionnel, les comportements thérapeutiques à l'égard de ces enfants ont été analysés. Il apparaît que ces comportements sont différents selon la place des enfants au sein de la famille d'accueil, les circonstances de leur confiage, mais aussi selon le statut familial du tuteur. Cette analyse, bien que d'une portée limitée, due à la faible taille de l'échantillon montre l'intérêt de ce type d'étude pour comprendre les accès différentiels aux soins, et ainsi améliorer leur prise en charge thérapeutique.

Mots clés : Burkina Faso – Comportements thérapeutiques – Malnutrition – Statut de l'enfant – Confiage des enfants.

Christine Ouedraogo : « Pluralité des soins aux petits enfants : le cas des Moose de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) »

Les soins aux petits enfants s'inscrivent dans un contexte socio-culturel bien précis. La connaissance de ce contexte est indispensable pour comprendre les logiques qui sous-tendent tant les soins préventifs que les traitements proposés en cas de maladie. L'étude des soins aux petits enfants moose de la ville de Ouagadougou révèle que les pratiques en vigueur sont largement déterminées par la perception des maladies du réseau social dans lequel est intégrée la jeune mère et où la vieille femme conseillère occupe une place centrale dans le type de soins et le choix des traitements.

Mots clés : Burkina Faso – Soins – Petits enfants – Prévention – Traitement.

Banza Baya : « Étude de quelques déterminants du comportement en matière de santé au Burkina Faso : cas de Bobo Dioulasso »

Cet article a pour objectif d'examiner les déterminants de certains comportements des parents en matière de santé de l'enfant à Bobo Dioulasso (Burkina Faso) à partir des données de l'enquête sur la mortalité infantile au Sahel (EMIS). Les variables de santé considérées à cet effet sont au nombre de trois. Ce sont les consultations prénatales, la vaccination et les pratiques d'allaitement. Au titre des déterminants, ont été analysées d'une part les variables démobiologiques (sexe de l'enfant, gémeauté, poids de l'enfant à la naissance, âge de la mère et parité) et de l'autre les variables socio-économiques et culturelles qui sont l'instruction de la mère, son statut matrimonial, sa filiation ethnique, son statut migratoire et le statut socio-économique du ménage.

Mots clés : Burkina Faso – Comportements de santé – Prévention – Mortalité infantile.

Cécile Marie Zoungana, Anne Paré : « La mortalité maternelle au Burkina Faso : état des connaissances sur le sujet »

Cet article a pour objectif de faire le point sur les études qui ont été faites sur la mortalité maternelle au Burkina Faso et de dégager les problèmes liés à l'étude du phénomène. La méthode de travail consiste en une revue critique des études réalisées sur le sujet dans le pays. Les indicateurs de mortalité maternelle disponibles sur la période 1985-1995 n'ont pas utilisé une même définition de la mortalité maternelle, ni un même type de dénominateur. Leur estimation a fait appel à des méthodes prospectives ou rétrospectives utilisant des sources de données variées. Ces variations expliquent en grande partie la divergence dans les estimations du niveau de la mortalité maternelle dans le pays. Face à de telles limites, il est primordial de développer les concepts et techniques utilisés pour l'étude de la mortalité et de la morbidité maternelles.

Mots clés : Burkina Faso – Mortalité maternelle – Indicateurs – Source de données.

Agnès Adjamagbo, Agnès Guillaume, Patrice Vimard : « Santé maternelle et infantile en milieu akan (Côte d'Ivoire) »

À partir d'enquêtes réalisées en Côte d'Ivoire, une réflexion est menée sur les méthodologies des enquêtes relatives à la santé maternelle et infantile et la nécessité de diversifier les approches par des enquêtes qualitatives et quantitatives. Une analyse des comportements thérapeutiques adoptés par les mères pour soigner leurs enfants ou se soigner à différents moments de la vie féconde est réalisée ; elle révèle l'importance de resituer ces pratiques dans leur fondements culturels pour comprendre les comportements adoptés. Les recours thérapeutiques sont variables selon le moment du cycle de vie et changent selon les caractéristiques socio-économiques de la femme et leur degré d'autonomie.

Mots clés : Côte d'Ivoire – Enquêtes qualitatives – Enquêtes quantitatives – Santé maternelle – Santé infantile – Itinéraires thérapeutiques.

Valérie Delaunay : « Les composantes de la baisse de la mortalité des enfants en milieu rural sénégalais : l'exemple de la zone de Niakhar »

L'observatoire de population de Niakhar au Sénégal, créé depuis les années 1960 constitue une source de données exceptionnelle pour l'étude de la santé et de la mortalité des enfants : la qualité des informations est due à la profondeur d'observation dans le temps, au suivi des observations et à l'apport pluridisciplinaire. La présence de médecins qui réalisent des autopsies verbales permet une appréciation fine des causes de mortalité. On assiste dans cette zone à une baisse considérable de la mortalité des enfants entre le début des années soixante et aujourd'hui. Une modification de la structure par cause de la mortalité des enfants s'opère : le complexe diarrhée-infection respiratoire aiguë-malnutrition reste la cause principale des décès avant 5 ans ; la rougeole et la coqueluche et le tétanos prennent désormais une faible part des causes de décès ; la mortalité palustre apparaît de plus en plus inquiétante.

Mots clés : Sénégal – Observatoire de population – Vaccination – Mortalité infantile.

Achévé d'imprimer en juin 1999
sur les presses numériques
de l'Imprimerie Maury S.A. - 12100 Millau
N° d'imprimeur : F99/23205 C
Dépôt légal : juin 1999



Cette publication rassemble un certain nombre de communications présentées lors de l'atelier « Santé de la reproduction dans les pays à croissance démographique rapide : approches méthodologiques » (Abidjan, mai 1995). Centrée sur le thème de la santé maternelle et infantile en Afrique, une des composantes majeures de la santé de la reproduction, elle présente les apports et les limites des disciplines des sciences sociales qui abordent cette question. Les différentes contributions mettent en évidence la nécessité de diversifier les approches afin de mieux cerner l'ensemble des mécanismes et facteurs influençant la santé. Axés sur le Burkina Faso, le Sénégal et la Côte d'Ivoire, les articles rassemblés ici présentent une certaine diversité dans les approches, tant au niveau de la couverture des données que de la méthodologie de collecte et d'analyse utilisée. Enfin, à travers les expériences tirées de ces études dans un contexte africain, l'ouvrage propose une réflexion sur les implications du recours au concept de santé de la reproduction sur des réalités locales variées.

Santé de la mère – Santé de l'enfant – Population – Approches méthodologiques – Afrique sub-saharienne.

IRD éditions

213, rue La Fayette
75480 Paris cedex 10

Diffusion

32, avenue Henri-Varagnat
93143 Bondy cedex
fax : 01 48 02 79 09
e-mail : diffusion@bondy.ird.fr

70 FF t.t.c.
10,67 €

ISSN : 0767-2896
ISBN : 2-7099-1437-9

