

**PLURALISME THÉRAPEUTIQUE ET MORTALITÉ INFANTO-JUVENILE DANS  
LE DISTRICT SANITAIRE DE VAVOUA (CENTRE-OUEST DE LA CÔTE  
D'IVOIRE)**

**Kalilou OUATTARA**

Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

[ouattarakalilou99@gmail.com](mailto:ouattarakalilou99@gmail.com)

&

**Kouassi Patrice YAO**

Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

[bledja06@gmail.com](mailto:bledja06@gmail.com)

&

**Kambe Yves KAMBE**

Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

[kambekambeyves@gmail.com](mailto:kambekambeyves@gmail.com)

**Résumé :** Cette étude vise à analyser les déterminants de la pluralité des itinéraires thérapeutiques empruntés par les parents lors des épisodes de morbidité des enfants de zéro à cinq ans dans le district sanitaire de Vavoua qui présente l'un des taux de mortalité infanto-juvénile les plus élevés au niveau national (96 pour 1000). Sous la trame d'une approche socio-anthropologique, l'étude a mobilisé les méthodes qualitative et quantitative. La population cible de l'étude se compose des mères ayant au moins un enfant, rencontrées dans l'un des cinq centres de santé visités.

La recherche des données a mobilisé des professionnels de la santé (infirmiers, sage-femmes, médecins), des agents de santé communautaire (ASC) et des leaders communautaires. La collecte des données qualitatives s'est faite à l'aide d'entretiens semi-dirigés. Quant aux données quantitatives, elles ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire.

Les résultats de notre recherche, après traitement des données, indiquent que la pluralité des itinéraires thérapeutiques empruntés par les parents des enfants de zéro à cinq ans dans le district sanitaire de Vavoua résulte de plusieurs facteurs sociologiques et socio-anthropologiques à savoir le profil socio-économique des ménages, les croyances culturelles et les significations associées aux maladies des enfants, la pratique institutionnelle de l'automédication, la préférence de la médecine traditionnelle en première intention et le recours tardif aux centres de santé.

**Mots-clés :** Automédication, Infantile, Itinéraires thérapeutiques, Mortalité, Vavoua

**THERAPEUTIC PLURALISM AND INFANT AND CHILD MORTALITY IN THE  
HEALTH DISTRICT OF VAVOUA (CENTER-WEST OF COTE D'IVOIRE)**

**Abstract:** This study aims to analyze the determinants of the plurality of therapeutic itineraries used by parents during episodes of morbidity in children aged 0 to 5 years in the health district

of Vavoua, which has one of the highest infant and child mortality rates in the country (96 per 1000). Using a socio-anthropological approach, the study mobilized qualitative and quantitative methods. The target population of the study was mothers with at least one child, met in one of the five health centers visited.

Data collection involved health professionals (nurses, midwives, doctors), community health workers (CHWs) and community leaders. Qualitative data was collected through semi-structured interviews. Quantitative data were collected using a questionnaire.

The results of our research, after data processing, indicate that the plurality of therapeutic itineraries used by parents of children aged 0-5 years in the Vavoua health district is the result of several sociological and socio-anthropological factors, namely the socio-economic profile of households, cultural beliefs and meanings associated with children's illnesses, the institutional practice of self-medication, the preference for traditional medicine as a first line of defense, and the late recourse to health centers.

**Key words:** Self-medication, Therapeutic itineraries, Mortality, Childhood, Vavoua

## Introduction

Malgré les progrès réalisés au niveau mondial pour réduire la mortalité infanto-juvenile sous toutes ses formes, l'Afrique subsaharienne reste, à n'en point douter, la région qui présente le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans le plus élevé du monde. En effet, le rapport UNICEF-OMS-Banque mondiale de 2021 indique que cette partie du monde affiche un taux de mortalité infanto-juvenile de 73%. Selon le même rapport, un enfant sur 13 en Afrique subsaharienne meurt avant d'atteindre son cinquième anniversaire contre 1 sur 185 dans les pays à revenu élevé.

Pour infléchir la courbe de la mortalité infanto-juvenile, les Etats africains, après à la Conférence d'Alma Ata en 1987, ont initié un ensemble de politiques sanitaires qui seront renforcées par l'Initiative de Bamako (1987). Ces politiques avaient mis l'accent sur l'élargissement de l'offre des soins de santé primaire. Puis, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) définis en 1995, renforcés par les Objectifs du Développement Durable (ODD) élaborés en 2015, dans le volet santé, accordent la priorité à la santé maternelle et infantile.

La Côte d'Ivoire est l'un des pays africains les plus touchés par la mortalité des enfants de 0 à 5 ans. L'Enquête Démographique et de Santé de 2021 révèle que le taux de mortalité infanto-juvenile se situe à 74%. D'autres chiffres fournis par le Ministère ivoirien de la santé et de la couverture maladie universelle (2021) donnent un taux de 385 décès pour 100.000 naissances vivantes. Face à cette situation alarmante, le

Gouvernement ivoirien s'est inscrit dans une dynamique de réduction du nombre le taux de mortalité infantile. Ainsi, les différents Plans Nationaux de Développement de la Santé (PNDS) mis en place ont inscrit en bonne place la lutte contre la mortalité des enfants de 0 à 5 ans. Les stratégies définies dans ces PNDS doivent passer par l'adoption des Pratiques Familiales Essentielles (PFE).

Concernant le district sanitaire de Vavoua, les données révèlent qu'au cours de la période 2015-2019, plus de 175 décès d'enfants de zéro à cinq ans ont été enregistrés. Ces chiffres sont au-delà de la moyenne nationale qui est de 96 décès pour 1000 naissances vivantes et font du district sanitaire de Vavoua, l'une des zones les plus touchées par le phénomène de mortalité infantile.

Aussi, l'on constate que dans cette zone les populations pratiquent habituellement l'automédication en première intention lorsqu'un enfant est malade. Puis, elles ont recours à la pharmacopée africaine en sollicitant les tradipraticiens (naturothérapeutes) en qui la communauté voue une certaine confiance pour leur savoir ethno-médical. Et c'est lorsque l'état de santé de l'enfant se dégrade que les parents se décident à aller consulter un agent de santé dans une structure sanitaire. En recourant tardivement à une structure sanitaire, après avoir emprunter plusieurs autres voies de soins, de nombreux parents perdent malheureusement leurs enfants. Ces pratiques courantes contribuent à la recrudescence de la mortalité infantile constatée dans le district sanitaire de Vavoua. D'où la question suivante : quels sont les déterminants de la pluralité des itinéraires thérapeutiques empruntés par les populations de Vavoua dans un contexte sanitaire marqué par un taux élevé de mortalité infanto-juvénile ?

L'objectif de ce travail est d'analyser les déterminants du pluralisme thérapeutique constaté dans le district sanitaire de Vavoua qui présente l'un des taux de mortalité infanto-juvénile les plus élevés du pays. De façon spécifique, il s'agit de :

Décrire les caractéristiques socio-démographiques de la population cible ;

Analyser les significations associées aux maladies des enfants ;

Décrire les logiques qui sous-tendent le recours à l'automédication et à la médecine traditionnelle qui apparaît comme une pratique coutumière.

## 1. Matériels et Méthodes

La présente étude a un caractère analytique et utilise à la fois une approche quantitative et qualitative. L'enquête de terrain s'est déroulée du 20 au 25 juillet 2021 dans le District Sanitaire de Vavoua, précisément dans les villages de Baoulifla, Bazra-Natis, de Danzerville et de Dania. Le choix de ces localités tient au fait que la zone de Vavoua est l'un des quatre districts sanitaires que comprend la région du Haut-Sassandra dont le chef-lieu est la ville de Daloa, identifiée comme la région qui présente le taux de mortalité le plus élevé de la Côte d'Ivoire. En cherchant à comprendre les déterminants du pluralisme thérapeutique constaté dans cette zone

dotée de structures sanitaires, l'on pourrait contribuer à infléchir la courbe de la mortalité infanto-juvenile dans ce district sanitaire.

La population cible de cette étude est constituée des parents (mères ou pères) décideurs de l'option thérapeutique ayant des enfants âgés de 0 à 5 ans rencontrés spontanément aussi bien dans les centres de santé des localités ci-dessus citées que dans les ménages. Les critères d'inclusion de cette population cible étaient les suivants : avoir au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans, l'enfant a connu des épisodes de maladie, résider dans l'une des localités choisies pour l'enquête, être le décideur de l'option thérapeutique pour la famille. Ainsi les parents qui ne remplissaient pas ces critères ont été exclus de l'étude. Sur la base de ces critères, nous avons interrogé 159 parents (décideurs de l'itinéraire thérapeutique) dans les quatre villages qui forment le cadre géographique de l'étude.

En dehors de la population cible, l'étude a concerné aussi une seconde catégorie d'acteurs que l'on peut considérer comme des experts dans le domaine de la santé infantile. Cette catégorie est composée du personnel soignant dont un médecin, quatre infirmiers/infirmières, quatre sage-femmes dans les différents établissements sanitaires cités plus haut et six agents de santé communautaires (ASC). Ces enquêtes ont été choisies selon la technique du choix raisonné en tenant compte de leur expérience professionnelle en matière de prise en charge et du fait qu'ils soient au quotidien en contact avec les malades ; donc bien informés pour donner des informations d'ordre qualitatif et complémentaires pouvant aider à la compréhension du sujet abordé. La troisième catégorie d'acteurs se compose des leaders communautaires au nombre de onze. Il s'agit de personnes issues des notabilités, d'associations des femmes. Ces leaders, en tant que témoins des événements et des pratiques socioculturelles de leurs différentes communautés, ont été sélectionnés par choix raisonné en tenant compte de leur disponibilité à répondre à nos questions.

Localité	Catégories d'acteurs				
	Parents (décideurs de l'itinéraire thérapeutique)	Médecins	Infirmier(e)s	Sage-femmes	Leaders communautaires
Baoulifla	59	1	1	1	3
Bazra-Natis	24	0	1	1	3
Danzerville	32	0	1	1	2
Dania	44	1	1	1	4

**Tableau 1 : Récapitulatif des catégories d'acteurs**

Source : notre enquête, 2021

En rapport avec l'approche méthodologique mixte utilisée pour conduire notre recherche, l'entretien semi-dirigé a servi de technique de collecte des données qualitatives. Pour chaque catégorie d'acteurs, un guide d'entretien a été conçu selon la nature des informations recherchées. A cet effet, trois (3) types de guides d'entretien ont permis d'échanger, d'une part avec les parents (mères et/ou pères) décideurs de l'itinéraire thérapeutique, d'autre part avec le personnel de santé, les agents de santé communautaire et les leaders communautaires. Le dépouillement des données qualitatives s'est effectué manuellement et leur traitement a fait l'objet d'une analyse de contenu thématique traduite par les verbatims qui renseignent sur les opinions des enquêtés.

Pour la collecte des données quantitatives, nous avons usé de l'entretien par questionnaire. Le traitement de ces données s'est effectué avec le logiciel Excel qui a permis de sortir des figures. Avant d'interroger les différents acteurs, nous leur avons expliqué le bien-fondé de cette activité de recherche, puis obtenu leur consentement. Aussi, nos interlocuteurs ont-ils été rassurés de ce que leurs identités et leurs opinions resteront confidentielles. D'où l'utilisation des lettres pour symboliser la source des verbatims. La posture théorique de notre étude se fonde sur la théorie culturaliste de Ruth Benedict, Ralph Linton et al (années 1950). Cette théorie nous permet de mettre en évidence l'influence prépondérante de la culture locale des populations de Vavoua et des habitudes culturelles d'éducation sur la personnalité de base des individus notamment le rapport à la santé.

## 2. Résultats

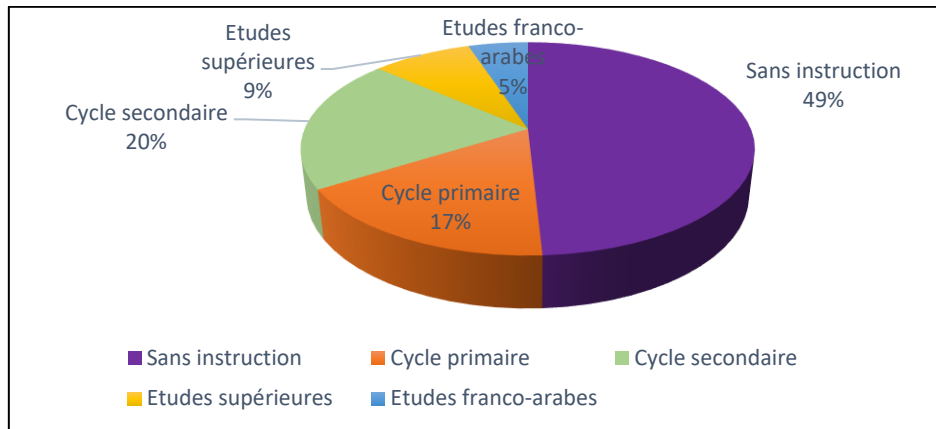
### 2.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Localité	Sexe		Total
	masculin	féminin	
Baoulifla	38	21	59
Bazra-Natis	10	14	24
Danzerville	22	10	32
Dania	33	11	44

**Tableau 1 : Répartition des enquêtés selon le sexe du décideur de l'itinéraire thérapeutique dans chacune des quatre localités**

Source : notre enquête, 2021

Selon les données fournies par le tableau 1, la totalité des décideurs de l'itinéraire thérapeutique dans trois des quatre localités susmentionnés à savoir Baoulifla, Danzerville et Dania, sont des hommes. C'est dans la localité de Bazra-Natis que les parents des enfants qui décident de l'option thérapeutique sont en majorité (14 sur les 24 enquêtés) des femmes. Ce qui peut laisser penser que dans les familles où les mères sont les décideurs de l'itinéraire thérapeutique pour leurs enfants sont des familles monoparentales et ces mères jouent le rôle de chefs de familles.



**Figure 1 : Répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction des décideurs de l'itinéraire thérapeutique (toutes les quatre localités confondues)**

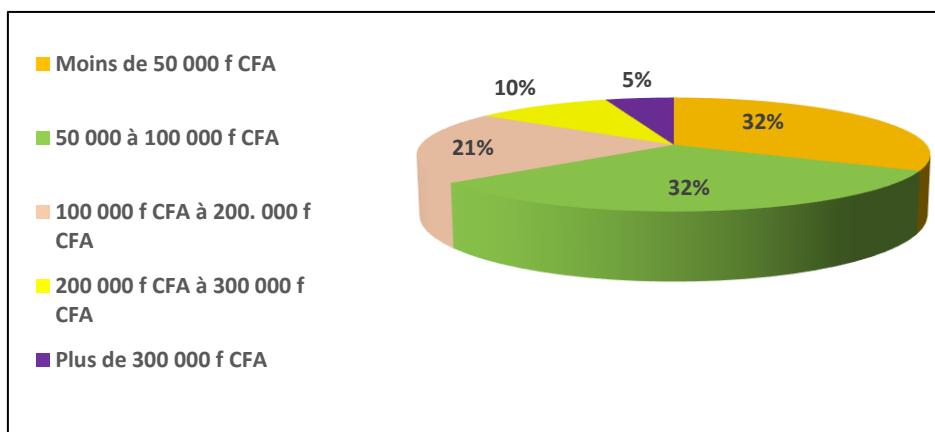
Source : notre enquête, 2021

Les statistiques observées sur la figure 1 nous renseignent que 49% des décideurs de l'itinéraire thérapeutique (toutes les quatre localités confondues) sont sans instruction et que 46% d'entre eux ont un niveau d'instruction qui se situe entre le cycle primaire et le cycle supérieur, tandis que 5% ont fait l'école franco-arabe.

Profession	Effectif	Pourcentage
Employé du privé	7	11,86%
Fonctionnaire du public	9	15,25%
Paysans	28	47,45%
Artisans des petits métiers	7	11,86%
Commerçants	5	8,47%
Sans emploi	3	5,08%
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

**Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon la profession du décideur de l'itinéraire thérapeutique (toutes les quatre localités confondues)**

Source : notre enquête, 2021



**Figure 2 : Répartition des enquêtés selon le revenu moyen mensuel du décideur de l’itinéraire thérapeutique**

Source : notre enquête, 2021

Les valeurs statistiques contenues dans le tableau 2 et sur la figure 2 indiquent d’un côté que 47,45% des décideurs de l’itinéraire thérapeutique sont des paysans, 27,11% sont des salariés du privé et du public, 11,86% sont des Artisans des petits métiers et 8,47 % sont des commerçants et de l’autre côté, 32% des décideurs de l’option thérapeutique ont un revenu moyen mensuel en-dessous de 50 000 f CFA. Ceux qui ont un revenu mensuel de plus de 100 000 f CFA ne représente que 10%. Cela signifie que la majorité des ménages ont un pouvoir d’achat assez modeste, voire même faible qui parfois ne leur permet pas de soutenir les dépenses en soins de santé.

Options thérapeutiques	Coûts estimatifs des soins
Automédication	1000 f CFA à 10 000 f CFA
Soins médicaux	20 000 f CFA à 30 000 f CFA
Soins traditionnels	1500 f CFA à 10 000 f CFA
Autres	-----

**Tableau 3 : Le coût estimatif des soins pour un épisode maladie d’un enfant selon l’option thérapeutique**

Source : notre enquête, 2021

Ces différents coûts estimatifs des soins pour un épisode maladie d’un enfant selon l’option thérapeutique ont été obtenus sur la base des montants que les enquêtés ont évoqué, et c’est le montant le plus récurrent qui a été retenu. Ainsi, les informations contenues dans le tableau 3 nous indiquent que les parents décideurs des soins dépensent plus quand ils ont recours aux soins médicaux (20 000 f CFA à 30 000 f CFA) pour chaque épisode maladie que connaît un enfant. A contrario, ils dépensent moins quand ils choisissent de traiter l’enfant malade aux soins traditionnels ou quand ils pratiquent l’automédication. Aussi, la figure 3 ci-dessous nous renseigne que 65% des ménages présentent une taille assez grande (ils ont quatre à dix enfants).

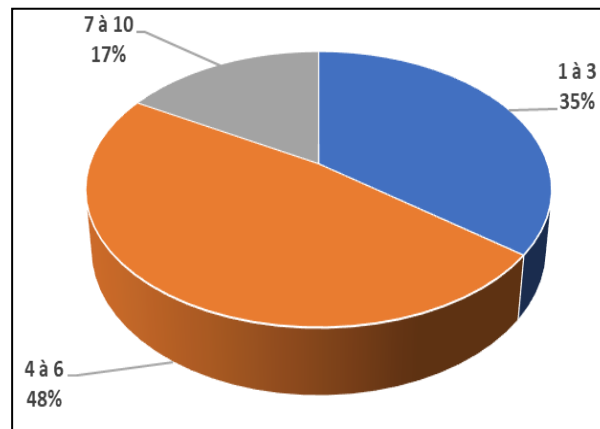


Figure 3 : Répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants par ménage

Source : notre enquête, 2021

En guise de synthèse, nous retenons que les données statistiques de notre travail nous révèlent le niveau de culture et le pouvoir d'achat des parents, en d'autres termes, le statut social de ceux qui décident de l'itinéraire thérapeutique en cas de malade d'un membre de la famille, notamment pour ce qui concerne les enfants de zéro à cinq ans.

L'analyse des caractéristiques socio-démographiques des enquêtés se révèle importante dans la mesure où elle donne une idée du statut social des individus ou des ménages. Elle est une variable essentielle pour la compréhension des attitudes, comportements et les rapports à la santé. Ainsi, en mettant en corrélation le pouvoir d'achat des décideurs de soins, à travers leurs revenus moyens mensuels et la taille de leurs familles et leur niveau d'instruction, l'on peut comprendre pourquoi dans le district sanitaire de Vavoua les parents des enfants choisissent de recourir à l'automédication en première intention, puis à la médecine traditionnelle africaine avant de s'orienter vers un centre de santé.

L'itinéraire thérapeutique est une variable essentielle dans le rapport des diabétiques au suivi de leur état de santé. En effet, l'itinéraire thérapeutique, selon (Sidibé, 2010) peut se définir comme la succession des recours aux soins, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie (guérison, stabilisation ou décès). En se référant à Kleinman (1980), on peut aussi dire que l'itinéraire thérapeutique est le parcours suivi par une personne exposée à un problème de santé pour tenter de le résoudre. Kleinman les appelle les comportements de recherche de soins ou stratégies de recours aux soins (*health care seeking behaviour*). Ceux-ci répondent à la quête de la guérison et aussi à celle du sens de la maladie. Il est spécifique aux appartenances ethniques, à l'histoire, à la cosmogonie, à l'écosystème dans lequel elle vit, aux relations interculturelles entre différents groupements humains.

## 2.2. Croyances culturelles et significations associées à la maladie des enfants

Dans les sociétés africaines d'une manière générale, la maladie en tant que désordre biologique est aussi perçue comme un désordre social et culturel. Ainsi, la maladie n'est jamais perçue comme un désordre biologique (au sens de Augé M.,1984). La signification que les individus donnent aux maladies, construite sous la trame des logiques culturelles, détermine leur rapport aux soins. En effet, les enquêtées ont parfois attribué la cause de la maladie de leurs enfants (diarrhée, anémie, paludisme, malnutrition aigüe...) au non-respect des interdits de la part de la mère de l'enfant au cours de la grossesse ou du fait d'un esprit malfaisant suscité par un proche dans la famille. Voici un discours d'un leader communautaire qui vient étayer notre analyse :

*« Il est déconseillé que n'importe qui voit le ventre d'une femme enceinte. La femme enceinte doit toujours porter des vêtements décents qui couvrent bien le ventre...Souvent c'est des jaloux, pour des raisons diverses, jettent un mauvais sort au moment de la grossesse avec un pouvoir invisible ». [Notable, Bazra-Natis]*



Chez certaines communautés, lorsqu'un enfant naît, en fonction du sexe, il doit être gardé dans la maison familiale pendant 3 à 4 jours avant d'être présenté publiquement à la communauté. Pendant cette période, la mère adopte certaines attitudes encadrées dans un conditionnement culturel. Certaines de ces pratiques sont relatées dans l'extrait d'entretien ci-dessous :

*« Chez certaines familles, dès qu'un enfant naît, il y a des plantes qu'on prend pour le laver pendant les trois premiers jours quand c'est une fille, et les quatre premiers jours quand c'est un garçon. Il y a aussi des tiges qu'on met devant la porte, pour faire traverser les visiteurs qui sont habilités à visiter l'enfant. Le jour de la sortie du bébé, un rituel se fait en fonction du sexe de l'enfant. Si c'est une fille, on l'a fait faire le tour de la maison trois fois ou quatre fois le tour si l'enfant est de sexe masculin. Après sa sortie, on le projette trois fois ou quatre fois en l'air en fonction également du sexe au bon milieu de la cours familiale ». [Notable, Baoulifla]*

### **2.3. Recours à l'automédication, une pratique ancrée dans les mœurs locales**

Selon Desplats (1998), « l'automédication en Afrique comprend les recettes traditionnelles qui se transmettent de génération en génération à partir d'un ensemble de symptômes qui évoquent une maladie populaire qu'on va, en première intention, utiliser un remède de la grand-mère conseillé par un parent ou acheté à l'étalage d'un herboriste.

Parfois, selon la même démarche, c'est un médicament moderne déjà utilisé dans des circonstances similaires que l'on prend, donné par un voisin ou acheté à l'épicerie du village ». Partant de cette définition, le recours à l'automédication ou à l'autosoins, dans le contexte socio-anthropologique de cette étude se situe à deux niveaux : il y a d'abord l'utilisation de produits médicaux, sans avis médical dispensés sous forme de soins de reflexe qui se fait par ingestion de sirop ou comprimés laissés par un parent, qui prennent également parfois la forme d'une application sur le corps chaud d'un linge humide visant à faire tomber la fièvre chez l'enfant malade (l'enveloppement humide). Ensuite, il y a les soins dits traditionnels qui se font soit par le lavement, les massages, l'application de beurre de karité sur tout le corps, les rituels de bain à base de feuilles et/ou d'écorces séchées ou fraîches, la consommation d'aliments spéciaux, la boisson à base de tisanes en observance de certains interdits socioculturels. Ces soins sont suivis des incantations et de libation. Aussi dans la quête de recouvrer la santé de leurs enfants, d'autres parents font une prévention mixte en utilisant concomitamment des procédés tirés de la médecine traditionnelle et ceux de la médecine moderne. Les témoignages de certains de nos enquêtés nous situent édifiant sur ce point de vue :

*« Je n'ai pas de préférence en matière de recours aux soins de santé. Tantôt je pratique la médecine traditionnelle, tantôt la médecine moderne ou les deux à la fois en fonction des signes de la maladie. Car aller chez un médecin ou chez un tradipraticien ne dépend pas des ressources financières mais aussi de la gravité de la maladie de l'enfant. Quand l'enfant ne présente pas trop de symptômes graves, j'achète les médicaments chez les vendeuses du quartier ou chez les vieilles femmes du marché. Et c'est quand les symptômes sont inquiétants que je vais directement à l'hôpital ».*

[Dame A de Danzerville ]

« Ici, les gens n'aiment pas à aller à l'hôpital systématiquement quand ils sont malades. Même pas quand il s'agit de leurs enfants. Ils préfèrent faire des soins par eux-mêmes à la maison. On pratique beaucoup l'automédication chez nous ici. On a enseigné aux femmes les pratiques familiales essentielles (PFE) mais elles s'y prennent mal. Si nous, agents de santé communautaire, nous n'allons pas bousculer les femmes pour qu'elles envoient leurs enfants à l'hôpital, elles font comme bon leur semble. Tout cela contribue à causer la mort des enfants ». [ASC à Baoulifla]

Allant dans le même sens, un autre enquêté, Monsieur G. résidant à Baoulifla affirme ceci :

« Je m'approvisionne d'abord chez les femmes qui vendent les comprimés en bordure de route pour me soigner ou soigner mes enfants ou encore je peux demander des médicaments avec ma voisine. Parce que ce sont les mêmes médicaments qui sont vendus à la pharmacie à des prix élevés que ces femmes s'en vont prendre pour venir les vendre au quartier. Alors pourquoi je vais jeter mon argent dans les pharmacies qui souvent ne donnent pas de résultats satisfaisants. Car avec elles, il n'y a pas de consultation à faire et dès que tu dis le mal elles savent quel type de médicament te conseiller ».

Comme l'ont révélé les différents témoignages ci-dessus, la pratique de l'automédication, qu'elle soit faite de médicaments issus de la médecine moderne ou qu'elle soit de la médecine traditionnelle (tirés des savoirs ethno-médicaux endogènes) est fortement imbriquée dans les habitudes de vie des populations locales. En analysant les caractéristiques socio-démographiques des enquêtés, l'on note que la majorité des mères interrogées ont un faible niveau d'instruction. Or, ce sont les mères qui sont plus en contact avec les enfants et sont susceptibles d'apporter les premiers soins à leurs progénitures. C'est pourquoi, au cours des consultations post-natales, elles sont instruites sur les pratiques familiales essentielles (PFE), une stratégie visant à lutter contre la mortalité infantile. Mais, la méconnaissance des symptômes de certaines maladies infantiles associée aux pesanteurs culturelles peut entraîner les parents à recourir à l'automédication ou la médecine traditionnelle.

#### **2.4. Préférence de la médecine traditionnelle en première intention et recours tardif aux centres de santé**

L'itinéraire thérapeutique des malades de façon générale, comporte différentes étapes : la reconnaissance de la maladie, le choix du soignant, choix du traitement. Il comporte trois modalités à savoir le recours à l'automédication, aux services de santé publics et aux services privés (Coulibaly S., 2018). L'activité des thérapeutes traditionnels, faisant interagir des variables biophysiques et symboliques, psychologiques et sociales, consiste à relier les manifestations organiques de la maladie, cause de souffrance physique, à leur expression sociale. Dans le cadre de cette étude, outre l'automédication qui reste une pratique ancrée dans les habitudes de vie des populations, il y'a les soins traditionnels qui sont beaucoup utilisés pour traiter les maladies. Cependant, la médecine de tradition africaine bien qu'ayant des vertus indiscutables, contrairement à la médecine occidentale, ne peut permettre une objectivation des causes des pathologies et poser un diagnostic clair. En choisissant en première intention les soins de la médecine traditionnelle, les parents exposent leurs enfants malades à des risques qui conduisent parfois au décès de ces derniers. Voici les propos du médecin pédiatrique qui confirment notre analyse :

*« De façon régulière, les malades nous arrivent à un stade avancé de la maladie et je dirai morbide. Pour la plupart d'entre eux, ils ont déjà bénéficié des soins des tradipraticiens. L'hôpital représente donc leur dernier choix après que les soins traditionnels et l'automédication ne donnent pas satisfaction. Ces parcours parfois tourmentés font que les enfants malades nous arrivent ici dans un état très avancé avec des cas d'anémie sévère qui cause parfois le décès de es enfants ».*

A la différence de la médecine moderne, la médecine dite traditionnelle ne traite pas seulement la dimension biologique de la maladie. Elle prend également en charge sa dimension sociale (Augé et Herzlich, 1984). La médecine traditionnelle prend en compte des champs complètement extérieurs à la maladie et pénètrent le domaine plus général du malheur et de l'infortune. Les propos ci-dessous d'un enquêté, Monsieur K de Danzerville, nous situent mieux sur les raisons du recours à la médecine traditionnelle :

*« En tout cas chez moi quand mon enfant est malade, je vais d'abord chez le guérisseur parce que la maladie n'est pas seulement d'ordre physique, elle est parfois aussi d'ordre spirituel. C'est pourquoi quand l'enfant continue à avoir mal malgré les soins médicaux je m'oriente aussi vers le tradipraticien installé dans le quartier ici. Lui, c'est un parent et puis ces médicaments ne sont pas chers. Il est très sollicité par la population ».*

La médecine traditionnelle conserve une proximité culturelle avec les pratiques et les habitus endogènes. En effet le savoir ethno-médical du guérisseur traditionnel s'abreuve des ressources endogènes (plantes, écorces d'arbre, tisanes, lianes, feuilles, sacrifices ou offrandes d'œufs, poulets avec certaines caractéristiques spécifiques portant sur la couleur du plumage, sacrifice de mouton etc.) pour administrer les soins aux enfants malades. De ce fait, les parents adhèrent au discours du guérisseur traditionnel accessible à n'importe quel moment, considéré comme un « savant ». Ce qui fait que cette médecine connaît une popularité et est sollicitée depuis toujours.

### **3. Discussion**

#### ***3.1. Influence du profil sociodémographique des ménages sur le choix de l'itinéraire thérapeutique***

Le premier élément d'explication du pluralisme thérapeutique abordé par notre étude est le statut socio-économique des parents des enfants à travers une description des caractéristiques socio-démographiques des enquêtées. Les conditions de vie des ménages influencent les attitudes et les pratiques, les choix thérapeutiques en matière de prise en charge des problèmes de santé des membres de la famille, en particulier la santé des enfants. Cette dimension avait été relevée par Coulibaly S. (2018) dans sa thèse de pharmacie ayant pour titre « Problématique de l'automédication dans la Commune I du district de Bamako ». Pour cet auteur, les caractéristiques socio-démographiques des habitants de la Commune I de Bamako en situant sur les conditions socio-économiques des enquêtés, apparaissent comme le facteur clé du recours de l'automédication.

#### ***3.2. Croyances culturelles et représentation sociale des maladies des enfants comme facteur du choix de l'itinéraire thérapeutique***

Les croyances culturelles en milieu rural africain influencent fortement les comportements et pratiques sanitaires. Les significations attribuées aux causes et

manifestations des maladies aussi bien de l'adulte que de l'enfant relèvent très souvent du surnaturel. Dans cette logique, la maladie, vécue comme une infamie manque d'objectivation (au sens de la biomédecine). La maladie est causée par un esprit malfaisant, l'œuvre d'un parent sorcier, un jaloux. Les pratiques thérapeutiques traditionnelles se rapportent par les liens sociaux, aux pratiques, aux méthodes aux savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels, séparément ou en association pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé. C'est pourquoi elles s'inscrivent toujours dans un environnement culturel spécifique et se fondent sur une connaissance directe du contexte social.

Pour ce qui est des enfants, la maladie qui survient est la conséquence du non-respect d'un interdit culturel. Cette vision du monde qui s'écarte d'une objectivation des causes d'une maladie conduit les parents à recourir à des traditions de guérison autre que la médecine moderne. Ainsi, l'on emprunte bien souvent une voie qui part du devin-guérisseur à la religiosité thérapeutique en passant par les naturothérapeutes. Cette perception et les attitudes qui en découlent ont été soulignées par Loux (1977) quand il affirmait que l'énumération des facteurs de comportements liés à la santé et à la survie n'est pas une simple question de comportement individuel.

### *3.3. Pratique de l'automédication, première option dans l'itinéraire thérapeutique*

Le recours à l'automédication est une pratique ancrée dans les mœurs des populations africaines. D'autres études ont abouti à au même résultat que les nôtres lorsqu'elles ont révélé cette réalité sociale, notamment la thèse de Coulibaly S. (op cit., p12). En effet, en montrant l'ampleur de l'automédication dans les pratiques de vie, l'auteur nous informe qu'une estimation de l'OMS indique que 80% de la population africaine ont recours aux médecines traditionnelles pour satisfaire leurs besoins en soins de santé primaire et 5 à 10% de médicament vendus en France le sont sans ordonnance médicale tandis qu'aux Etats-Unis, l'automédication est très également une pratique courante.

Au Mali, selon le même auteur qui s'appuie sur une étude menée en 2003 dans les officines à Bamako, l'importance de la pratique de l'automédication est considérable. Il s'agit d'un phénomène répandu et qui s'observe dans toutes les couches de la société car que 64,52% des clients n'avaient pas l'ordonnance lors des achats. Pour Coulibaly (op, cit), le faible pouvoir d'achat et le manque de temps ont été cités par beaucoup d'enquêtés pour justifier le fait de ne pas aller se faire consulter chaque fois qu'ils ressentent un symptôme. Les problèmes d'accessibilité aux médicaments pour la population constituent un autre facteur favorisant la pratique de l'automédication. Cependant cette dimension n'a pas été abordée par notre étude.

Un autre facteur important de l'automédication mis en exergue par Coulibaly (op cit.), mais non évoqué par notre étude est « la publicité médicale » qui s'est développée depuis une dizaine d'années sur les médias privés. Certains praticiens se succèdent pour vanter les mérites de leurs produits sur les antennes de certains médias privés.

## Conclusion

Cette étude qui s'inscrit dans le champ de la socio-anthropologie de la santé, visait à mettre en lumière les raisons qui fondent le pluralisme des itinéraires thérapeutiques empruntés par les populations du district sanitaire de Vavoua dans un contexte marqué par une forte mortalité des enfants âgés de zéro à cinq ans (170 pour 1000 naissances vivantes). L'enquête qui s'est déroulée dans trois localités de ce district sanitaire a permis de déterminer plusieurs facteurs qui participent à l'éclosion de ce phénomène : il s'agit du statut social des parents lié à leur profil socio-économique, des croyances culturelles et les significations associées aux maladies des enfants, du recours à l'automédication (une pratique ancrée dans les mœurs locales), de la préférence de la médecine traditionnelle en première intention entraînant le recours tardif aux centres de santé. Les résultats de cette étude montrent que la lutte contre la forte mortalité des enfants âgés de zéro à cinq ans dans le district sanitaire de Vavoua et partant du cas de cette localité, la lutte contre ce phénomène au niveau national, exige de prendre en compte la dimension socioculturelle des habitus et les pratiques sanitaires endogènes.

## Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'a été notifié.

## Remerciements

La réalisation de cette recherche a été possible grâce à la collaboration d'une part, du personnel médical et des agents de santé communautaire des différentes localités visitées et d'autre part, grâce à la disponibilité et à l'implication des leaders communautaires et des femmes. Nous adressons notre infinie reconnaissance à tous ces acteurs.

## Références bibliographiques

- Akoto E. (1993), Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique noire : hypothèses et recherche d'explication (Vol. 4). Louvain la Neuve : Editions : Academia, 270 pages
- Aktouf O., (1992), Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Montréal, Presses de l'Université du Québec
- Augé M., & Herzlich, C. (1984), « Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie ». In *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, pp. 278-279
- Boco, G., (2007), Déterminants individuels et contextuels de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique au sud du Sahara. Analyse comparative des enquêtes démographiques et de santé, « Thèse en démographie », Département de démographie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal, 270 pages
- Campenhoudt L. V., Marquet J., Quivy R., (2017), Manuel de recherche en Sciences sociales, 5e Edition entièrement revue et augmentée, Paris : Dunod, 384 pages
- Coulibaly S., (2018), Problématique de l'automédication dans la Commune I du district de Bamako, « Thèse de pharmacie », Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, 80 pages

- Dozon J.P., Sindzingre A.N., (1986), « Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle ». In : La santé dans le tiers-monde, Prévenir, N°12, pp 43-52
- Fainzang S, (2010), « L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre », In Anthropologie et Sociétés, vol. 34, n°1 : pp.115-121
- Hamadou D, (2011), « Déterminants de la mortalité infantile et infanto-juvenile et la pauvreté au Niger ». In: Revue d'Economie Théorique et Appliquée , Vol. 2, No. 1 (2012) pp. 23-47.
- Jaffré Y., Olivier de Sardan J. P., Diallo Y., (2002), Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Enquête sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest. Projet « santé Urbaine » Unicef, Coopération française, 290 pages
- Loux, F., (1977), « Pratiques médicales préventives et recours religieux. Les soins aux enfants en Haute-Normandie ». In Archives de sciences sociales des religions, pp 45-58
- P. P. Nkoma, (2015), Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : Les déterminants du recours à l'automédication. 7ème Conférence sur la Population Africaine : "Dividende Démographique en Afrique: Perspectives, Opportunités et Défis", le Gouvernement de l'Afrique du Sud et l'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA), Johannesburg, Afrique du Sud. fhal-01339418
- Rapport IGME annuel UNICEF-OMS-Banque mondiale de 2022 sur la mortalité des enfants publié par United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 80 pages
- Save The Children-Cote D'ivoire, (2016) : enquête cap du projet « mise à échelle des interventions pour combattre le paludisme en Côte d'Ivoire - volet communautaire, Abidjan, 32 pages
- Traoré N., (2010), « Analyse de la mortalité infanto-juvenile en Côte d'Ivoire », Mémoire de DEA en économie du développement, Université de Cocody-Abidjan, 82 pages  
<http://www.fratmat.info/accueil/societe/17864-santé-dr-florent-aka-les-ivoiriens-vont-se-soigner-au-maghreb-faute-de-plateau-technique-a-abidjan-.html>, consulté le 21 septembre 2021
- [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/child\\_mortality\\_estimates/fr/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/child_mortality_estimates/fr/)  
consulté le 21 septembre 2021.