

Pauvreté des ménages et recours thérapeutiques en cas d'Infections Respiratoires chez les enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire

Diarrassouba Ibrahima

ONG IDEAL INTER, Siège, Korhogo, Côte d'Ivoire

Kone Hamidou

Enseignant chercheur à l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Yaoundé, Cameroun

Libite Paul Roger

Enseignant associé à l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Yaoundé, Cameroun

[Doi:10.19044/esj.2025.v21n9p143](https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n9p143)

Submitted: 03 September 2024

Accepted: 12 March 2025

Published: 31 March 2025

Copyright 2025 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Diarrassouba I., Kone H. & Libite P.R. (2025). *Pauvreté des ménages et recours thérapeutiques en cas d'Infections Respiratoires chez les enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire*. European Scientific Journal, ESJ, 21 (9), 143.

<https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n9p143>

Résumé

La santé des populations, singulièrement celle des enfants de moins de cinq ans, a fait l'objet de plusieurs recherches et constitue l'une des préoccupations majeures des gouvernements ces dernières années. En dépit des efforts déployés pour améliorer la santé des populations, les difficultés d'accès aux soins y sont réelles, et les coûts directs qu'implique le recours aux soins sont une des barrières les plus importantes. Les barrières financières continuent d'influencer le recours aux soins de santé des populations à revenu faible ou moyen. Notre question de recherche est la suivante : **Comment la pauvreté influence-t-elle les recours thérapeutiques en cas d'infections respiratoires chez les enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire?** Cette étude, basée sur les données de l'enquête MICS5-2016 se propose de contribuer à une meilleure connaissance de l'influence de la pauvreté sur les recours thérapeutiques en cas d'infections respiratoires (IR) chez les enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire. Pour y arriver, nous avons fait recours à la méthode à l'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM).

De cette analyse, il ressort que dans l'ensemble le niveau de vie des ménages est significativement associé au seuil de 1% aux types de recours en cas d'IR à l'intention des enfants de moins de cinq ans. La relation entre la variable dépendante et la variable indépendante principale est encore significative au seuil de 1% sous le contrôle des autres variables explicatives sauf pour les variables situation matrimoniale (modalité « Jamais mariés »), parité de la mère/gardiennne (modalité « 2-4 enfants ») et la variable niveau d'instruction de la mère/gardiennne (modalité « secondaire ou plus »). S'agissant de l'analyse explicative, nous avons fait recours à une régression logistique multinomiale pour mettre en évidence les effets du niveau de vie sur les recours aux soins en cas d'IR à l'intention des enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire. Il ressort des analyses que le niveau de vie influence au seuil de signification statistique de 1%, les recours thérapeutiques en cas d'infections respiratoires chez les enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire. Il en est de même pour le choix de l'automédication plutôt que le secteur public. Les résultats suggèrent un effort de réduction des obstacles financiers grâce à des mesures telles que la réduction voire l'exemption pour les soins respiratoires pour les tout-petits (moins de de cinq ans). Aussi, une sensibilisation et une éducation sur les soins de santé infantile, y compris la reconnaissance des signes de maladie grave d'infections respiratoires, sont nécessaires pour encourager les familles à rechercher des soins appropriés pour leurs enfants.

Mots-clés: Pauvreté, infections respiratoires, recours thérapeutiques, enfant, Côte d'Ivoire

Household poverty and therapeutic remedies in cases of Respiratory Infections among children under five years of age in Côte d'Ivoire

Diarrassouba Ibrahima

ONG IDEAL INTER, Siège, Korhogo, Côte d'Ivoire

Kone Hamidou

Enseignant chercheur à l'Institut de Formation et de Recherche
Démographiques (IFORD), Yaoundé, Cameroun

Libite Paul Roger

Enseignant associé à l'Institut de Formation et de Recherche
Démographiques (IFORD), Yaoundé, Cameroun

Abstract

The health of populations, particularly that of children under the age of five, has been the subject of much research and has been one of the major concerns of governments in recent years. Despite the efforts made to improve people's health, there are real difficulties in accessing care, and the direct costs involved in seeking care are one of the biggest barriers. Financial barriers continue to influence the use of healthcare by low- and middle-income populations. Our research question is as follows: How does poverty influence the use of treatment for respiratory infections in children under five in Côte d'Ivoire? This study, based on data from the MICS5-2016 survey, aims to contribute to a better understanding of the influence of poverty on the use of treatment for respiratory infections (RIs) in children under five in Côte d'Ivoire. To achieve this, we carried out a descriptive analysis (bi-variate and multivariate) using the Chi2 test and the AFCM. This analysis showed that, overall, household standard of living was significantly associated at the 1% threshold with the types of recourse in the event of RI for children under five. The relationship between the dependent variable and the main independent variable is still significant at the 1% threshold when the other explanatory variables are controlled for, except for the variables marital status (modality 'never married'), mother's level of education (secondary or higher), parity of mother/caregiver (modality '2-4 children') and the variable mother/caregiver's level of education (modality 'secondary or higher'). Regarding the explanatory analysis, we have used multinomial logistic regression to highlight the effects of poverty on the use of RI care for children under five in Côte d'Ivoire. The analyses show that, at the 1% threshold, poverty influences the use of treatment for respiratory infections in children under five in Côte d'Ivoire. The same is true for the choice of self-medication rather than the public sector. The

results suggest that efforts should be made to reduce financial barriers through measures such as universal health coverage and the promotion of health education. Also, awareness-raising and education on child healthcare, including recognition of the signs of serious illness and respiratory infections, are needed to encourage families to seek appropriate care for their children.

Keywords: Poverty, respiratory infections, therapeutic remedies, child, Côte d'Ivoire

Introduction

Les infections respiratoires continuent de figurer parmi les principales causes de morbidité chez les enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire. Dans les pays à revenu faible et moyen, notamment ceux de l'Afrique subsaharienne, la pauvreté ambiante a un impact considérable sur la prise en charge médicale des maladies chez enfants. Dans les ménages démunis, les enfants n'ont pas la chance de jouir des soins modernes et convenables. En effet, les services de santé modernes sont souvent chers. Cette situation ne permet pas aux familles modestes d'y accéder.

Les IRA, qu'elles soient hautes ou basses, constituent l'une des principales causes de morbidité dans le monde. En outre, LEITH GREENSLADE (2019), Coordinatrice de l'ONG Every Breath Counts a souligné pour sa part, que « Pendant des décennies, la principale cause de décès d'enfants a été une maladie négligée et les enfants les plus vulnérables du monde en ont payé le prix. Il est temps que les gouvernements, les agences de l'ONU et les agences multilatérales, les entreprises et les ONG unissent leurs forces pour combattre la pneumonie et protéger ces enfants ». À l'occasion de la Journée mondiale de la pneumonie le 12 novembre 2020, l'UNICEF appelle tout le monde à « amplifier les efforts pour apporter la vie à ceux qui luttent pour respirer² ». En effet, un enfant meurt d'une pneumonie toutes les 39 secondes, avertissent l'UNICEF et ses partenaires.

En Côte d'Ivoire particulièrement, selon les rapports MICS 2016, 1,3% des enfants enquêtés ont présenté des symptômes d'infection respiratoires aiguës au cours des dernières semaines ayant précédé le passage des agents enquêteurs dans les ménages. Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes d'IRA au cours des deux dernières semaines pour qui des conseils ou des traitements ont été recherchés auprès de structures ou de prestataires de soins de santé est estimé à 44 %. Cette valeur est de 67% en 2021 selon le rapport de l'EDS réalisée en 2021. Ces proportions sont loin d'être satisfaisantes dans la mesure où les infections respiratoires aiguës

¹<https://reliefweb.int/report/world/un-enfant-meurt-dune-pneumonie-toutes-les-39-secondes-avertissent-lunicef-et-ses>

² <https://news.un.org/fr/story/2020/11/1082132>

constituent l'une des causes principales de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire. Toujours selon la MICS5-2016, sur l'ensemble des enfants enquêtés, 14,7% ont présentés les symptômes d'infections respiratoires et 66,5% d'entre eux ont été conduits vers un secteur pour recevoir les soins ou rechercher des conseils.

Objectifs de recherche

L'objectif général de cette recherche est de contribuer à une meilleure connaissance de l'influence de la pauvreté sur les recours thérapeutiques en cas d'infections respiratoires chez les enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire. Spécifiquement il s'agit de :

- décrire les variations différentielles des recours thérapeutiques en cas d'IR par niveau de vie des ménages selon les caractéristiques sociodémographiques et socioculturelles individuelles du chef de ménage et de la mère ainsi que celles relatives à l'enfant.
- dresser le profil des enfants atteints d'IR par recours thérapeutiques selon le niveau de vie des ménages
- évaluer l'effet du niveau de vie des ménages sur les recours thérapeutiques en cas d'IR chez les enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire.
- déterminer le mécanisme d'action par lequel le niveau de vie des ménages influence le recours thérapeutique en cas d'IR chez les enfants de de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire.

Donnees, Variables et Methodes d'analyse

Données De Recherche

Dans cette étude, nous avons recours à l'enquête MICS-5 réalisée en Côte d'Ivoire de 2016. L'objectif général de cette enquête était de fournir des informations récentes en vue de l'évaluation de la situation des enfants et des femmes en Côte d'Ivoire permettant de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Plan d'action d'un Monde Digne des Enfants (MDE). L'étude porte sur les enfants de moins de cinq ans ayant présentés les symptômes d'infections respiratoires au cours des deux semaines précédant le passage des agents enquêteurs dans les ménages et pour qui des conseils ou un traitement ont été recherchés. Ils sont au nombre de 902 enfants. En effet, il s'est avéré que sur les 9259 enfants enquêtés, 1357 ont présentés les symptômes d'infections respiratoires. Sur 1357, seulement 902, soit 66,5% de ces enfants ont été conduits vers un secteur pour recevoir les soins ou rechercher des conseils.

Variables d'étude

Variable dépendante

La variable dépendante est le recours thérapeutique en cas d'IR. Nous avons choisi de capter toutes les formes d'infections respiratoires³, simples et aiguës afin de d'avoir une meilleure compréhension de la santé respiratoire des enfants, et d'identifier les besoins d'action de la part des dirigeants à l'endroit des enfants souffrant de ces affections qui constituent un problème de santé significatif en Côte d'Ivoire. Il s'agit d'une variable plurimodale qui a été recodée en trois modalités, à savoir : 1 « Secteur public », 2 « Secteur privé » et 3 « Automédication/ médecine traditionnelle ».

Variable indépendante principale

C'est une variable composite créée à l'aide d'informations relatives aux caractéristiques et les biens possédés des ménages. Cette variable peut influencer positivement ou négativement l'accessibilité financière et donc jouer un rôle déterminant dans le recours aux soins. Elle a été recodée en trois modalités : 1 « Pauvre », 2 « Moyen » et 3 « Riche ».

Les autres variables explicatives

Ce sont des variables liées au contexte de résidence, au chef de ménage, à l'enfant et à la mère (voir tableau 1).

Méthodes d'analyse

Pour atteindre les objectifs de l'étude, des techniques d'analyse statistique descriptive et explicative ont été utilisées. Au niveau de l'analyse descriptive, une analyse bivariée et une analyse multivariée descriptive ont été effectuées. Compte tenu de la nature de la variable dépendante qui est qualitative et possède 3 modalités, nous avons eu recours à la régression logistique multinomiale non ordonnée afin de mettre en évidence les raisons qui sous-tendent les différents recours thérapeutiques à l'endroit des enfants de moins de cinq ans atteints d'IR en Côte d'Ivoire.

Principaux Resultats

Résultats descriptifs bivariés et multivariés

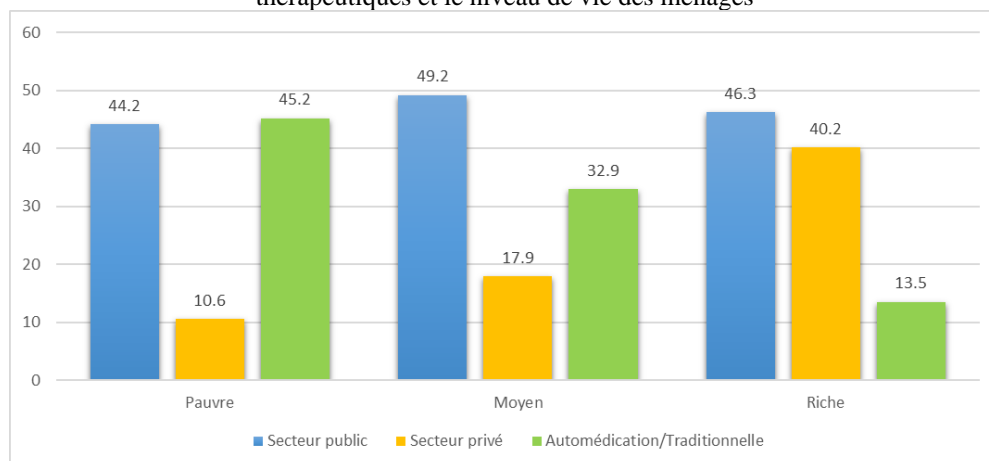
Résultats descriptifs bivariés

Au niveau descriptif, les résultats du graphique ci-dessous indiquent que les enfants issus des ménages pauvres sont essentiellement orientés vers l'automédication/médecine traditionnelle (45,2%) en cas d'IR. Quant aux enfants issus des ménages de niveau moyen et riches, ils sont prioritairement orientés vers le secteur public. En effet, près la moitié des enfants issus des ménages de niveau moyen (49,2%) et riches (46,3%) y sont orientés en cas

³ MICS n'a considéré que les IRA

d'IR. Le recours à ce type de secteur s'améliore avec le niveau de vie du ménage. Concernant le recours au secteur privé, il est essentiellement le fait des riches. En effet, 40,2% des enfants y sont orientés, suivis des enfants de niveau moyen (17,9%) et ceux issus des ménages pauvres (seulement 10%).

Figure 1: Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages



Source : Traitement des données de la MICS5-2016

Les résultats du tableau 1 ci-dessous montrent que le niveau de vie des ménages a une présomption de liaison avec la variable dépendante (recours thérapeutique en cas d'IR chez l'enfant) quelle que soit la variable de contrôle utilisée. En effet, le test de chi2 entre le niveau de vie et le recours thérapeutique s'est avéré significatif au seuil de 1%, à 5% ou 10% dans tous les contrôles effectués avec chacune des 14 variables de contrôle du tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Synthèse des résultats des tests de chi2 entre le niveau de vie du ménage et le recours thérapeutique en cas d'IR sous le contrôle des variables démographiques, socioculturelles et économiques

Variables	Modalités	Pearson chi2	Probabilité	Signification
Milieu de résidence	Urbain	77,6254	0,000	***
	Rural	26,7485	0,040	**
Région de résidence	Grand Sud	108,2554	0,000	***
	Grand Nord	90,9686	0,000	***
Sexe du chef de ménage	Masculin	126,3532	0,000	***
	Féminin	107,3692	0,015	***
Groupe ethnique du chef de ménage	Forestiers	117,7812	0,000	***
	Sahéliens	180,6832	0,000	***
	Ethnies non ivoiriennes	88,5058	0,014	**
Religion du chef de ménage	chrétiens	80,5828	0,001	***

Variables	Modalités	Pearson chi2	Probabilité	Signification
	musulmans	158,0025	0,000	***
	autres chrétiens	94,1743	0,018	**
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	133,3713	0,000	***
	Primaire	138,3064	0,000	***
	Secondaire et plus	54,1832	0,086	*
Groupe d'âge de la mère	Jeunes femmes	97,2991	0,003	***
	Adultes	136,265	0	***
Parité de la mère	1 enfant	74,5483	0,088	*
	2 à 4 enfants	130,4873	0,000	***
	plus de 5 enfants	171,6754	0,000	***
Symptômes incitatifs	adéquat	128,0169	0,000	***
	non adéquat	112,5008	0,000	***
Exposition de la mère/gardiennne aux médias	Faiblement exposées	103,2779	0,000	***
	Fortement exposées	143,0522	0,000	***
Situation matrimoniale	A connu le mariage	136,0894	0,000	***
	N'a jamais connu le mariage	117,2022	0,060	*
Sexe de l'enfant	Masculin	179,4863	0,000	***
	Féminin	80,3822	0,000	***
Âge de l'enfant	0 à 2 ans	118,217	0,000	***
	3 à 4 ans	139,4505	0,000	***
Lien de parenté avec le CM	Fils/Fille	139,4505	0,000	***
	Autres membres	98,2527	0,003	***

NB : p < 0, 1, (*) : significatif au seuil de 10%, p < 0,05, (**) : significatif au seuil de 5%, p < 0,01 (***) : significatif au seuil de 1%

Résultats descriptifs multivariés

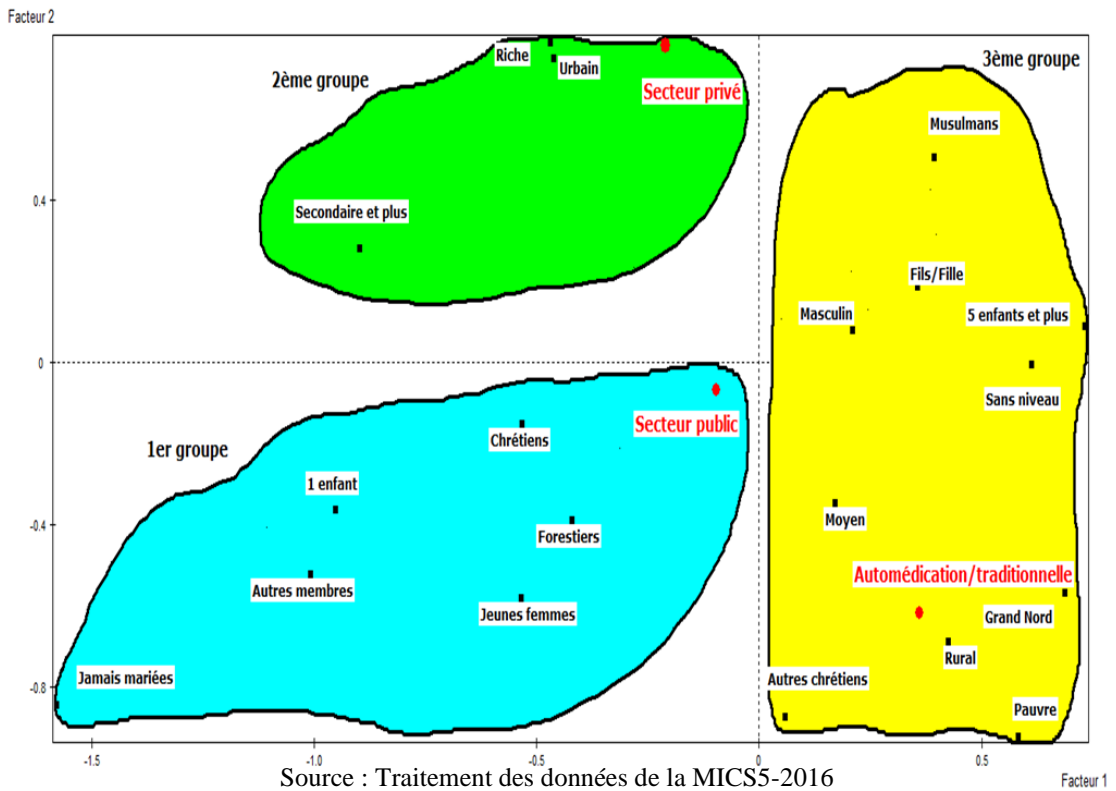
Le plan factoriel obtenu sur la base des deux axes retenus permet de mettre en évidence le profil des enfants de moins de cinq ans selon les caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques et culturelles, suivant les modalités de la variable dépendante. Ainsi, trois groupes d'enfants sont distingués :

Le premier groupe est constitué des enfants orientés vers le secteur public. Ils sont issus des ménages dont les chefs sont chrétiens et sont du groupe forestier. Ils sont autres membres du ménage et issus des mères jeunes (15-24ans), qui n'ont pas encore connu le mariage. Les gardiennes de ces enfants avaient un enfant pendant la période de référence.

Le deuxième groupe est constitué des enfants conduits vers le secteur privé. Ils sont issus des ménages riches résidant en milieu urbain. Les mères/gardiennes de ces enfants de ces ménages ont le niveau secondaire ou plus.

Le troisième et dernier groupe est constitué des enfants conduits vers l'automédication/médecine traditionnelle. Ces enfants sont issus du grand Nord, en milieu rural. Ils sont issus des ménages pauvres et de niveau de vie moyen. Les chefs de ménage des enfants de ce groupe sont de sexe masculin et pratiquent les autres religions chrétiennes et l'islam. Ils sont issus des mères ayant plus de cinq enfants. Ce groupe est constitué des filles ou fils du chef de ménage. En outre, les mères/gardiennes de ces enfants n'ont aucun niveau d'instruction.

Figure 2: Représentation graphique des profils par recours thérapeutiques pour les enfants



Profils des enfants issus des ménages pauvres ayant présenté des symptômes d'IR selon les recours thérapeutiques.

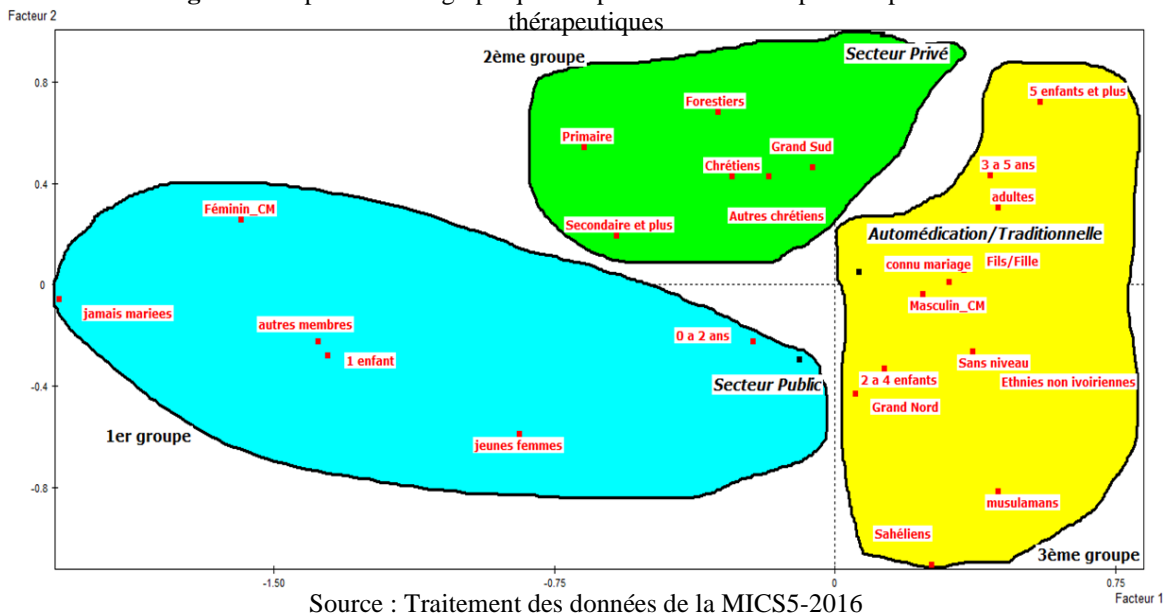
Le plan factoriel obtenu sur la base des deux axes retenus permet de mettre en évidence le profil des enfants de moins de cinq ans selon les caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques et culturelles, suivant les modalités de la variable dépendante. Ainsi, trois groupes d'enfants sont distingués :

Le premier groupe est constitué des enfants issus des ménages dirigés par des femmes, et orientés vers le secteur public. Ils ont moins de trois (3) ans et autres membres du ménage. Les mères de ces enfants sont primipares.

Le deuxième groupe est constitué des enfants issus dont le chef de ménage est du groupe Forestier et qui sont conduits par leurs parents vers le secteur privé en cas d'IR. Les chefs de ménage dont ils sont issus sont chrétiens. Les mères de ces enfants ont au moins le niveau primaire.

Le troisième groupe est constitué des enfants orientés vers l'automédication/traditionnelle. Il s'agit des enfants du groupe d'âges 3-4 ans, du grand Nord. Les mères de ces enfants sont adultes et ont déjà connu le mariage. Elles ont plus de deux (2) enfants et n'ont aucun niveau d'instruction. Les chefs de ménage dont ils sont musulmans et sont des groupes ethniques non ivoiriens.

Figure 3: Représentation graphique des profils des enfants pauvres par recours thérapeutiques



Profils des enfants issus des ménages de niveau de vie moyen ayant présenté des symptômes d'IR selon les recours thérapeutiques.

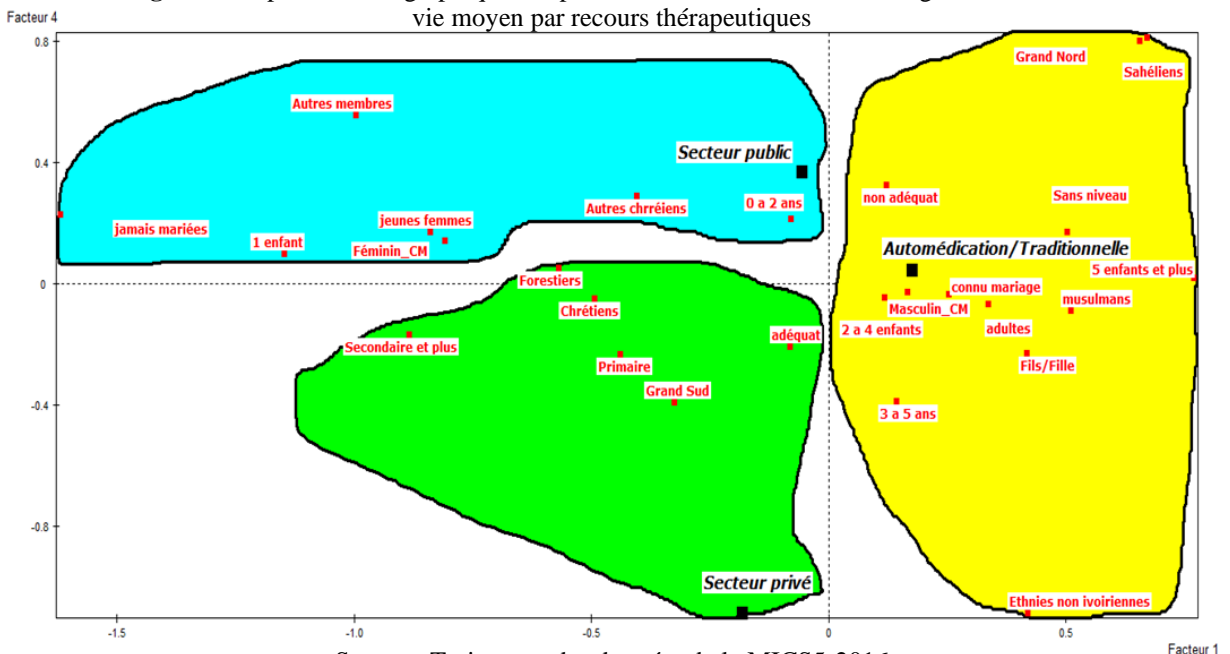
Le plan factoriel obtenu sur la base des deux axes retenus permet de mettre en évidence le profil des enfants de moins de cinq ans selon les caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques et culturelles, suivant les modalités de la variable dépendante. Ainsi, trois groupes d'enfants sont distingués :

Le premier groupe est constitué des enfants orientés vers le secteur public. Ils ont moins de trois (3) ans et autres membres du ménage. Les mères de ces enfants sont primipares, jeunes et n'avaient jamais contracté le mariage. Ils sont issus des ménages dirigés par les femmes pratiquant d'autres religions chrétiennes.

Le deuxième groupe est constitué des enfants conduits par leurs parents en cas d'IR vers le secteur privé. Il s'agit des enfants du grand Sud. Les mères de ces enfants ont au moins le niveau primaire et ont un comportement adéquat face aux symptômes des maladies chez l'enfant. Ils sont issus des ménages dont le chef de ménage est chrétien et du groupe Forestiers.

Enfin le troisième groupe est constitué des enfants issus orientés vers l'automédication en cas d'IR. Il s'agit des enfants du grand Nord. Les mères de ces enfants ont plus de 25 ans, sans niveau d'instruction, avec un comportement non adéquat face aux symptômes des maladies. Elles ont plus de deux enfants et ont déjà connu le mariage. Les chefs de ménage dont ils sont issus sont des hommes des groupes ethniques non ivoiriens. Ces enfants ont entre 3 et 5 ans et sont les enfants du chef de ménage.

Figure 4: Représentation graphique des profils des enfants issus des ménages de niveau de vie moyen par recours thérapeutiques



Source : Traitement des données de la MICS5-2016

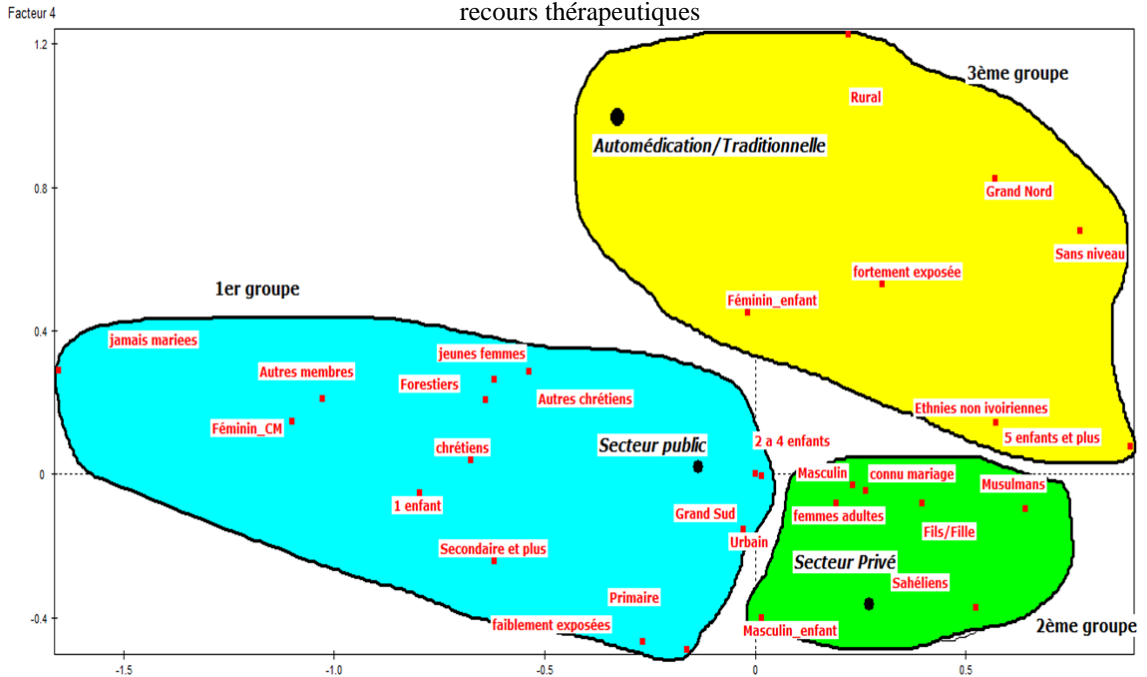
Profils des enfants issus des ménages de niveau de vie moyen ayant présenté des symptômes d'IR selon les recours thérapeutiques.

Le premier groupe est constitué des enfants orientés vers le secteur public. Il s'agit des enfants du milieu urbain de la zone Sud. Leurs mères sont jeunes et n'avaient pas encore contracté le mariage. Elles sont faiblement exposées et ont au moins le niveau primaire. Les ménages dans lesquels ils vivent sont dirigés par des femmes pratiquant le christianisme.

Le deuxième groupe est constitué des enfants dont les mères sont mariées et ont plus de 25 ans. Les ménages dans lesquels ils vivent sont dirigés par des hommes sont du groupe Sahéliens et pratiquant l’islam.

Enfin le troisième groupe est constitué des enfants du grand Nord. Ils sont issus des ménages vivant en milieu rural. Les mères de ces enfants sont sans niveau d’instruction et fortement exposées aux médias. Elles ont plus de cinq (5) enfants.

Figure 5: Représentation graphique des profils des enfants issus des ménages riches par recours thérapeutiques



Source : Traitement des données de la MICS5-2016

Résultats explicatifs multivariés

Les résultats du tableau 1 montrent que le niveau de vie des ménages est un facteur de différenciation (secteur médical privé plutôt que public) des recours thérapeutiques chez les enfants de moins de cinq ans atteints d’IR en Côte d’Ivoire. S’agissant du recours au secteur privé plutôt que le public, il ressort que la pauvreté, à travers le niveau de vie des ménages à un effet significatif au seuil de 1%. Il en est de même pour le choix de l’automédication plutôt que le public.

Influence du niveau de vie des ménages sur le recours au secteur médical privé plutôt que public

Effet brut du niveau de vie des ménages sur le recours au secteur médical privé plutôt que public

Le niveau de vie des ménages a un effet brut significatif sur les recours thérapeutiques au seul de 1%. C'est plutôt la chance de recourir au secteur privé qui augmente avec le niveau de vie des ménages dans lesquels vivent les enfants. Autrement dit, il existe une relation positive entre le niveau de vie des ménages et les recours thérapeutiques en cas d'infections respiratoires chez les enfants de moins de cinq ans. Ceux issus des ménages pauvres ont 72,4% moins de chance que ceux issus des ménages riches d'être conduits par leurs parents vers le secteur médical privé plutôt que le public. Quant à ceux qui sont issus des ménages de niveau moyen ont 58,1% moins de chance que ceux issus des ménages riches d'être orientés vers le secteur privé plutôt que le public.

Effet net du niveau de vie des ménages sur le recours au secteur médical privé plutôt que public

Le niveau de vie des ménages a un effet significatif net sur le recours au secteur privé plutôt que le public en cas d'IR chez les enfants de moins de cinq ans. Cependant, la présence des autres variables dans le modèle a entraîné une légère augmentation de rapports de chance les enfants de moins de cinq ans en cas d'IR vers le secteur privé plutôt que le public. En effet, dans le modèle final, les enfants issus des ménages pauvres ont désormais 59,4% moins de chance que ceux issus des ménages riches d'être conduits vers le secteur privé plutôt que le public. S'agissant des enfants issus des ménages de niveau moyen, ils ont désormais 51% moins de chance que ceux issus des ménages riches d'être conduits vers le secteur privé plutôt que le public.

Effet brut du niveau de vie des ménages sur l'automédication et/ou la médecine traditionnelle plutôt que public

Le niveau de vie des ménages a un effet brut significatif sur le recours à l'automédication/et ou médecine traditionnelle plutôt que le public en cas d'IR chez les enfants de moins de cinq ans au seul de 1%. Le niveau de vie augmente avec la chance de recourir au secteur privé plutôt que le secteur public. Il se dégage une relation négative entre le niveau de vie des ménages et le recours à l'automédication/et ou médecine traditionnelle plutôt que le public en cas d'IR chez les enfants de moins de cinq ans. En effet, les enfants issus des ménages pauvres ont 3,51 fois plus que ceux issus des ménages riches d'être conduits par leurs parents vers l'automédication/et ou médecine traditionnelle plutôt que le public. Les enfants issus des ménages de niveau moyen ont 2,29 fois plus de chance que ceux issus des ménages riches d'être

orientés vers l'automédication/et ou médecine traditionnelle plutôt que le public.

Effet net du niveau de vie sur l'automédication et/ou la médecine traditionnelle plutôt que public

Le niveau de vie des ménages a un effet significatif sur le recours à l'automédication/et ou médecine traditionnelle plutôt que le public en cas d'IR chez les enfants de moins de cinq ans.

Malgré la présence des autres variables dans le modèle, l'effet du niveau de vie des ménages n'a pas significativement changé en ce qui concerne le recours à l'automédication/et ou médecine traditionnelle plutôt que le public. Cependant, nous remarquons une baisse des rapports de chance avec la présence des autres variables. En effet, dans le modèle final, les enfants issus des ménages pauvres ont 2,91 fois plus de chance que ceux issus des ménages riches d'être conduits vers l'automédication/et ou médecine traditionnelle plutôt que le public. S'agissant des enfants issus des ménages de niveau moyen, ils ont 2,03 fois plus de chance que ceux issus des ménages riches d'être conduits vers l'automédication/et ou médecine traditionnelle plutôt que le public.

Discussions des Resultats

Recours thérapeutiques vers le secteur privé plutôt que le secteur public Niveau de vie du ménage

Le niveau de vie du ménage est positivement associé au recours vers le secteur privé plutôt que public, au seuil de signification statistique de 1%. Ceci conforte le résultat trouvé en croisant cette variable avec le recours thérapeutique. Ainsi, lorsque le niveau de vie augmente, la probabilité de recourir au secteur privé plutôt que le public augmente également.

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que dans le contexte ivoirien, les frais de consultation, les coûts des médicaments, des examens médicaux et des interventions chirurgicales dans les structures privées peuvent être prohibitifs pour de nombreuses familles de niveau de vie moyen et pauvres. Les coûts prohibitifs des soins infantiles dans les centres privés créent des inégalités en termes de soins puisque dans cette situation, seules les personnes plus aisées peuvent se permettre de payer pour des soins de qualité dans les établissements privés pour leurs enfants. Quant aux ménages à faible revenu, ils se retrouvent souvent incapables de se rendre dans ces structures privées en raison de contraintes financières.

En somme, les coûts de prestations de services peuvent encourager ou empêcher le recours aux soins de santé dans les secteurs privés selon la capacité matérielle ou financière des individus à couvrir les frais de santé.

Ainsi, nous rejoignons KOUADIO (2019) qui a reconnu que leur choix thérapeutique est fonction des moyens financiers dont ils disposent.

Région de résidence

L'effet du niveau de vie du ménage sur le recours vers le secteur privé plutôt que le secteur public varie selon la région de résidence. Dans l'ensemble, les enfants issus du Grand Nord ont moins de chance d'être conduits vers le secteur privé que ceux du Grand Sud. Les enfants issus du Grand Nord ont 63,3% moins de chance que ceux issus du Grand Sud d'être conduits vers le secteur privé plutôt que le public en cas d'IR. Cela pourrait s'expliquer par l'inégale répartition des structures privées sur l'ensemble du territoire. En fait, dans le pays, qui comprend les régions du Sud, de l'Ouest et du Centre-Ouest et la ville d'Abidjan bénéficient généralement de la plus grande majorité des infrastructures médicales. De plus en termes de personnel et d'équipements de santé cette zone est plus alimentée que le grand Nord. En outre, selon l'INS (2015), la pauvreté concernait beaucoup plus de la moitié des populations des régions suivantes (grand Nord en majorité) : le Nord-Ouest (61,5%), le Nord (60%), le Centre-Nord (55,3%), le Centre (54,4%), le Nord-Est (54,3%). Ce déséquilibre jumelée à un taux de pauvreté dans le Grand Nord plus élevé peut conduire les parents à recourir au secteur public qui est plus accessible et les soins peuvent y être abordables.

Appartenance ethnique du chef de ménage

L'effet du niveau du ménage sur le recours vers le secteur privé plutôt que le secteur public est favorisé par l'appartenance ethnique du chef de ménage. Les enfants issus des ménages dont le chef de ménage est du grand groupe Sahélien ont 1,87 fois plus de chance d'être conduits vers le secteur privé plutôt que le secteur public que ceux issus des ménages dont le chef de ménage est du grand groupe ethnique Forestier d'être conduits vers le secteur privé plutôt que public.

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que malgré la persistance des inégalités en termes d'infrastructures sanitaires entre le Sud et le Nord du pays, les sahéliens ont un intérêt particulier pour le secteur privé. En effet, ces populations de ce groupe ethnique sont de plus en plus enclines à recourir aux structures privées pour ce type d'infections. Donc malgré le coût élevé des soins, ces secteurs sont de plus en plus recommandés, en raison de la perception plus positive ainsi que la qualité des soins dans lesdits secteurs.

Groupe d'âges de la mère/gardiennne

Les résultats obtenus indiquent que le groupe d'âge des mères favorise l'influence du niveau de vie de ménage sur le recours au secteur privé plutôt que secteur public. Les enfants issus des jeunes mères/gardiennes (15-24 ans)

ont moins de chance que ceux issus des mères/gardiennes du groupe d'âge 25-49 ans d'être conduits vers le secteur privé plutôt que le public en cas d'IR. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes mères/gardiennes ne sont pas financièrement stables et sont, par ailleurs, moins influentes en ce qui concerne la prise de décisions par rapport aux soins des enfants. De plus, dans le contexte ivoirien, selon l'ENV de 2015, la pauvreté touche beaucoup plus les jeunes. En effet, 51,4% des jeunes de moins de 25 ans sont pauvres et ils sont les plus pauvres quel que soit le milieu de résidence : 26,4% à Abidjan, 48,6% dans les autres villes et 62,6% en milieu rural. Notons que du point de vue genre, la pauvreté touche les deux sexes : 47,4% femmes et 45,5% hommes. Ce résultat s'aligne avec ceux de ALIMA (2011), qui a obtenu que dans la région des Savanes, en référence aux 18-35 ans, les personnes âgées (plus de 60 ans) déterminent positivement le choix des formations sanitaires modernes et des tradipraticiens par rapport à l'automédication.

Symptômes incitatifs

Les enfants issus des mères/gardiennes ayant un comportement non adéquat ont moins de chance d'être conduits vers le secteur privé plutôt que le secteur public en cas d'IR. Cette situation pourrait s'expliquer par l'ignorance des femmes des troubles respiratoires. En effet, ces mères ne sont pas informées et conscientes des bonnes pratiques en matière de santé. Ce qui ne leur permet pas de prendre des mesures appropriées pour la santé de leurs enfants. Il s'agit en effet de la connaissance de l'allaitement maternel exclusif, de l'hygiène, de la vaccination, de la nutrition équilibrée et des premiers soins en cas de maladie. Il ne faudrait pas ignorer l'aspect financier qui peut jouer un rôle très important dans l'explication de cette situation. En effet, les ressources financières dont disposent les parents peuvent également jouer un rôle dans le comportement sanitaire des mères et le recours au secteur privé plutôt que le secteur public à l'intention des enfants souffrant d'IR. Les familles ayant un faible revenu peuvent être confrontés à des difficultés en ce qui concerne le paiement des frais médicaux, les médicaments ou les traitements qui sont généralement coûteux dans les services de santé privé, ce qui peut affecter leur capacité à rechercher et à obtenir des soins pour leurs enfants atteints d'IR.

Cette attitude pourrait s'expliquer par les propos d'une femme au foyer en Côte d'Ivoire qui déclarait que « Si un enfant est malade et que tu as les moyens, tu envoies l'enfant à l'hôpital. Si tu n'as pas les moyens, tu fais l'indigénat » En effet, l'interprétations, les normes culturelles et les croyances peuvent influencer le comportement sanitaire des mères et le recours aux soins des enfants. Ainsi au lieu de se tourner vers le secteur privé qui dispose généralement des plateaux techniques adéquats pour les soins des enfants

atteints d'IR, elles préfèrent se limiter à leurs expériences en matières (plantes, anciennes ordonnances etc.,).

Recours thérapeutiques vers l'automédication plutôt que le secteur public Niveau de vie du ménage

Le niveau de vie du ménage exerce un effet significatif sur le recours vers l'automédication/traditionnelle, au seuil de signification statistique de 1%. Les enfants issus des ménages pauvres et de niveau de vie moyen ont respectivement 2,91 fois et 2,03 fois de risque que ceux issus des ménages riches d'être conduits vers l'automédication/traditionnelle plutôt que le secteur public en cas d'IR. Il se dégage une relation négative entre le niveau de vie du ménage et le recours à l'automédication/traditionnelle. En effet, plus le niveau de vie des ménages baisse, plus la probabilité pour les enfants d'être conduits vers l'automédication/traditionnelle est élevée.

L'accès aux services de santé appropriés est crucial pour le recours aux soins respiratoires. Cela inclut l'accessibilité géographique des établissements de santé, la disponibilité de personnel formé dans le domaine des affections respiratoires, la disponibilité de médicaments essentiels et d'équipements de diagnostic. Pourtant dans le contexte ivoirien, les infrastructures pour les soins respiratoires sont insuffisantes pour répondre aux besoins des populations. En outre, des barrières financières peuvent également limiter l'accès aux soins respiratoires lorsqu'elles existent pour certaines familles à faible revenu. L'une des principales raisons du recours de la population à la médecine traditionnelle peut être le fait que le coût des prestations des praticiens de la médecine traditionnelle est symbolique. A cela s'ajoute la souplesse des modalités de paiement qui est appréciée, surtout par les familles à faibles revenus avant de postuler pour un type de recours donné.

Appartenance ethnique du chef de ménage

Les résultats du tableau indiquent que l'appartenance ethnique du chef de ménage favorise l'influence du niveau de vie de ménage sur le recours à l'automédication/traditionnelle plutôt que secteur public. Autrement dit, le niveau de vie du ménage agit indirectement sur le recours à l'automédication/traditionnelle plutôt que secteur public à travers le groupe ethnique du chef de ménage. Les enfants issus des ménages dont les chefs de ménages sont du groupe Sahéliens de risque que ceux issus des ménages dont les chefs sont du groupe Forestiers d'être conduits vers l'automédication et/ou médecine traditionnelle.

Cette situation pourrait s'expliquer en partie par le poids des pratiques culturelles et croyances. En effet, ces pratiques agissent sur les recours aux soins respiratoires. Certaines familles peuvent préférer recourir à des remèdes traditionnels ou à des guérisseurs locaux avant de chercher une aide médicale

formelle. En effet, certaines pratiques traditionnelles ou croyances culturelles peuvent parfois entrer en conflit avec les recommandations médicales modernes, ce qui peut impacter les décisions prises par les mères concernant les soins de leurs enfants. En ce qui concerne les Sahéliens, composés des Mandés du Nord et les Gurs, ce sont des peuples qui sont moins ouverts aux valeurs occidentales et donc à la médecine moderne pour plusieurs raisons culturelles. Ces peuples sont profondément attachés à leurs traditions et préfèrent traiter en premier lieu avec les plantes médicinales. Cette situation est approuvée par ALIMATOU (2011) qui a fait le constat qu'être Mandé ou Voltaïque est associé à la médecine traditionnelle. Aussi, il est utile de rappeler que la partie septentrionale du pays est caractérisée par une abondance de plantes médicinales utilisées dans la médecine traditionnelle (YORO, 2012).

Niveau d'instruction de la mère/gardiennne

Le niveau d'instruction de la mère/gardiennne favorise l'effet du niveau de vie sur le recours à l'automédication plutôt que le secteur public en cas d'IR chez les enfants de moins de cinq ans. Autrement dit, l'effet du niveau de vie sur le recours à l'automédication plutôt que le secteur public en cas d'IR chez les enfants de moins de cinq ans est renforcé par le niveau d'instruction de la mère/gardiennne. Les enfants issus des mères/gardiennes de niveau secondaire ou plus ont 47,7% moins de chance que ceux dont les mères sont sans niveau d'être conduits vers l'automédication/traditionnelle que public. Cependant, il ressort qu'il n'y a pas de différence significative en terme de choix thérapeutique en cas d'IR entre les enfants issus des mères/gardiennes sans niveau et ceux issus des mères/gardiennes de niveau primaire.

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les mères/gardiennes de niveau d'instruction élevé ont souvent une meilleure connaissance des signes et symptômes des affections respiratoires chez les enfants, ainsi que des risques associés. Ainsi, face aux signes d'un problème respiratoire potentiel, elles sont plus susceptibles d'adopter un comportement adéquat (proactivité) en recherchant rapidement des soins médicaux auprès d'un professionnel de santé par exemple. Les mères instruites (secondaire et plus) ont généralement plus facilement accès à des informations de santé fiables et à jour que celles qui ne sont pas instruites. Elles sont donc plus exposées aux médias et sont capables de lire des magazines, des brochures, d'utiliser Internet ou de bénéficier de programmes de sensibilisation sur la santé mis en place dans les établissements de santé. Ce qui favorise l'aide à la prise de décisions éclairées puisqu'elles ont conscience des symptômes respiratoires.

Les barrières financières peuvent aussi être l'une des raisons pour lesquelles mères/gardiennes sans niveau optent pour les soins traditionnels ou l'automédication. En effet, Les mères moins instruites se trouvent incapables d'accéder aux services de santé formels. Les coûts associés à la consultation

d'un professionnel de santé, aux médicaments prescrits et aux examens complémentaires peuvent être un obstacle pour les mères issues de ces familles. Ce qui pourrait les pousser à se tourner vers des alternatives moins coûteuses, comme les soins traditionnels.

Groupe d'âges des enfants

Le groupe d'âge des enfants favorise l'effet du niveau de vie sur le recours à l'automédication plutôt que le secteur public en cas d'IR chez les enfants de moins de cinq ans. Autrement dit, l'effet du niveau de vie sur le recours à l'automédication plutôt que le secteur public en cas d'IR chez les enfants de moins de cinq ans est renforcé par la prise en compte du groupe d'âge des enfants. En effet, les enfants du groupe d'âge 3-4 ans ont 1,86% fois plus de risque que ceux du groupe d'âge 0-2 ans d'être conduits vers l'automédication/traditionnelle plutôt que vers le secteur public.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les soins respiratoires accordés aux enfants de moins de cinq ans peuvent varier en fonction du groupe d'âge. Les enfants de 3-5 ans sont plus mobiles et plus résistants que ceux de moins de trois (03) ans. Les parents réagissent généralement lorsque l'enfant (de la tranche d'âge 3-5 ans) n'arrive ni à boire, ni manger, ni jouer. La première intention n'est pas de les envoyer systématiquement dans un centre de santé. La situation devient plus préoccupante lorsque les enfants sont issus des ménages pauvres. En effet, plus de la moitié (52%) des enfants issus des ménages pauvres sont traités à l'automédication/traditionnelle en cas d'IR. Cette proportion est de 41,53% pour les enfants de 0-2 ans des ménages pauvres.

Les enfants de moins de 3 ans nécessitent beaucoup d'attention car ceux-ci ont leur système immunitaire qui n'est pas solide. Ils sont perçus comme plus fragiles et nécessitent plus fréquemment une intervention externe à la concession familiale. Ils sont vulnérables aux IR et dès les premiers signes d'IR, les parents consultent généralement les professionnels de santé. Les parents n'adoptent pas le même réflexe généralement lorsqu'il s'agit des enfants du groupe d'âge 3-4 ans. Cela est dû au fait que les parents estiment que les enfants sont désormais moins fragiles et que le recours à l'automédication/médecine traditionnelle pourrait être largement efficace pour guérir de la maladie.

Ces résultats sont corroborés avec ceux de FRANCKEL en 2004, qui concluait que l'âge de l'enfant était fortement corrélé aux pratiques thérapeutiques, dans sa thèse portant sur les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal.

Tableau 2 : Odds ratio du recours thérapeutiques en cas d'IR en Côte d'Ivoire avec pour modalité de référence secteur public

Variables et modalités	Secteur Privé VS Secteur Public		Automédication/Traditionnelle VS Secteur Public	
	Effets bruts	Effets nets	Effets bruts	Effets nets
Niveau de vie du ménage				
Pauvre	0.276 ^(***)	0.406 ^(***)	3.508 ^(***)	2.910 ^(***)
Moyen	0.419 ^(***)	0.490 ^(***)	2.292 ^(***)	2.030 ^(***)
Riche	Réf	Réf	1.000	Réf
Milieu de résidence				
Urbain	2.349 ^(***)	0.937 ^(ns)	0.405 ^(***)	0.856 ^(ns)
Rural	Réf	Réf	1.000	Réf
Régions de résidence				
Grand Sud	Réf	Réf	1.000	Réf
Grand Nord	0.294 ^(***)	0.367 ^(***)	1.382 ^(**)	0.726 ^(ns)
Sexe du chef de ménage				
Masculin	Réf	Réf	1.000	Réf
Féminin	0.728 ^(ns)	0.602 ^(*)	0.831 ^(ns)	0.782 ^(ns)
Appartenance ethnique du chef de ménage				
les forestiers	Réf	Réf	0.897 ^(ns)	Réf
Les sahéliens	1.526 ^(**)	1.866 ^(**)	1.000	1.877 ^(**)
Ethnie non ivoirienne	1.648 ^(**)	1.499 ^(ns)	1.337 ^(ns)	1.537 ^(ns)
Religion du chef de ménage				
Chrétiens	0.720 ^(*)	0.986 ^(ns)	1.000	1.292 ^(ns)
Musulmans	Réf	Réf	0.872 ^(ns)	Réf
autres chrétiens	0.530 ^(***)	0.979 ^(ns)	0.339 ^(***)	1.507 ^(ns)
Niveau d'instruction de la mère/gardienne				
Sans niveau	Réf	Réf	1.000	Réf
Primaire	1.118 ^(ns)	1.105 ^(ns)	0.872 ^(ns)	0.987 ^(ns)
Secondaire et plus	1.012 ^(ns)	0.836 ^(ns)	0.339 ^(***)	0.524 ^(**)
Groupe d'âge de la femme				
jeunes femmes	0.645 ^(**)	0.561 ^(**)	1.205 ^(ns)	1.018 ^(ns)
Adultes	Réf	Réf	1.000	Réf
Parité atteinte de la mère/gardienne				
1 enfant	0.983 ^(ns)	1.212 ^(ns)	1.030 ^(ns)	1.030 ^(ns)
2 à 4 enfants	Réf	Réf	1.000	Réf
5 enfants et plus	0.888 ^(ns)	0.813 ^(ns)	1.221 ^(ns)	0.987 ^(ns)
Symptôme incitatifs				
Adéquat	Réf	Réf	1.000	Réf
non adéquat	0.706 ^(**)	0.659 ^(**)	0.644 ^(***)	0.742 ^(*)
Exposition de la mère/gardienne aux médias				

Variables et modalités	Secteur Privé VS Secteur Public		Automédication/Traditionnelle VS Secteur Public	
	Effets bruts	Effets nets	Effets bruts	Effets nets
faiblement exposée	Réf	Réf	1.000	Réf
fortement exposée	1.381 ^(**)	1.245 ^(ns)	0.992 ^(ns)	1.089 ^(ns)
Situation matrimoniale				
connu mariage	Réf	Réf	1.000	Réf
jamais mariées	0.974 ^(ns)	1.694 ^(ns)	1.327 ^(ns)	1.275 ^(ns)
Sexe de l'enfant				
Masculin	Réf	Réf	1.000	Réf
Féminin	0.821 ^(ns)	0.961 ^(ns)	0.729 ^(**)	0.736 ^(*)
Groupe d'âge de l'enfant				
0 à 2 ans	Réf	Réf	1.000	Réf
3 à 5 ans	1.275 ^(ns)	1.320 ^(ns)	1.685 ^(***)	1.855 ^(***)
Lien de parenté de l'enfant avec le chef de ménage				
Fils/Fille	Réf	Réf	1.000	Réf
autres membres	0.778 ^(ns)	0.808 ^(ns)	1.137 ^(ns)	1.284 ^(ns)

Source : Traitement des données de la MICS5-2016

Conclusion et Recommandations

Les infections respiratoires sont très répandues et constituent un problème de santé qui nécessite une attention particulière en Côte d'Ivoire. Cependant, la littérature sur les recours thérapeutiques pour venir à bout de cette maladie est presque inexistante ou rare. Il était donc nécessaire de s'intéresser à ce sujet, en particulier sur l'influence du niveau de vie sur le recours en cas d'IR.

Au niveau explicatif, la régression multinomiale non ordonnée a permis de mettre en évidence les effets du niveau de vie ménages sur les recours thérapeutiques en cas d'IR chez les enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire. Il ressort que la pauvreté influence les recours thérapeutiques en cas d'infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire. S'agissant du recours au secteur privé plutôt que le public, il ressort que la pauvreté, à travers le niveau de vie des ménages a un effet significatif au seuil de 1%. Il en est de même pour le choix de l'automédication plutôt que le public.

Les résultats suggèrent un effort de réduction des obstacles financiers grâce à des mesures telles que la réduction voire l'exemption pour les soins respiratoires pour les tout-petits (moins de de cinq ans). Aussi une promotion de l'éducation des mères/gardiennes des enfants de moins de cinq ans sur les troubles respiratoires qui peuvent partir d'un cas simple au complexe s'avère utile. Ainsi, une sensibilisation et une éducation sur les soins de santé infantile,

y compris la reconnaissance des signes d'infections respiratoires des enfants de moins de cinq ans, sont nécessaires pour répondre aux problèmes respiratoires infantiles en Côte d'Ivoire.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. CISSE ALIMATOU (2011), « Analysis of health care utilization in Côte d'Ivoire » African Economic Research Consortium, Nairobi, Research paper 201, pp, 1-41.
2. FRANCKEL Aurélien (2004), Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal : le cas des enfants fébriles à Niakhar, thèse de doctorat en Démographie, UNIVERSITE PARIS X – NANTERRE, 371 p + annexe.
3. KOUADIO YAO JEAN (2019), évolution des inégalités sociales de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire, MPD, IFORD, Yaoundé, 187p
4. MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (2016), Rapport annuel sur la situation sanitaire année 2015, Côte d'Ivoire, 316p.
5. INS-CÔTE D'IVOIRE (2021), Rapport du recensement général de la population et de l'habitat, RGPH 2021, Côte d'Ivoire.
6. INS-Côte d'Ivoire (2016), Rapport de l'enquête par grappe à indicateurs multiples, Enquête MICS 2016 Côte d'Ivoire.
7. INS-CÔTE D'IVOIRE (2015), Rapport de l'enquête sur le niveau de vie, ENV 2015 Côte d'Ivoire, 91p.
8. RASS (2020), Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire 2020, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire
9. BASSIAHI ABDARAMANE SOURA (2009), « Disparités spatiales de mortalité infanto-juvénile à Ouagadougou », Espace populations sociétés, 2009/1 | 2009, 159-174.
10. YORO, B. M. (2012), Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique. Recherches qualitatives, 31(1), pp. 47-61. WHO, 2003 -International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. WHO, vol.2, Geneva, 124p.

Appendix

Tableau A.1 : Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages

Niveau de vie des ménages	Recours thérapeutiques			Ensemble
	Secteur public	Secteur privé	Automédication/ Traditionnelle	
Pauvre	44,2	10,6	45,2	100 (N=307)
Moyen	49,2	17,9	32,9	100 (N=298)
Riche	46,3	40,2	13,5	100 (N=294)
Pearson Chi2 = 121,3580 Prob = 0,0000				

Source : Traitement des données de la MICS5-2016

Tableau A.2 : Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages par milieu de résidence

Niveau de vie des ménages	Urbain				Rural			
	Type de recours thérapeutique				Type de recours thérapeutique			
	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication/ Traditionnelle	Ensemble
Pauvre	54,9	0	45,1	100 (N=12)	43,7	11,1	45,2	100 (N=295)
Moyen	50,4	15,8	33,9	100 (N=63)	48,8	18,7	32,5	100 (N=235)
Riche	46	42,1	11,9	100 (N=240)	48,9	25	26,1	100 (N=54)
Pearson Chi2 = 77,6254 Prob = 0,0000					Pearson Chi2 = 26,7485 Prob = 0,041			

Source : Traitement des données de la MICS5-2016

Tableau A.3 : Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages par région de résidence

Niveau de vie des ménages	Grand Sud				Grand Nord			
	Type de recours thérapeutique				Type de recours thérapeutique			
	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble
Pauvre	37,6	15,4	47	100 (N=117)	50,2	6,3	43,5	100 (N=190)
Moyen	45,3	23,7	31	100 (N=176)	56,9	6,5	36,6	100 (N=122)
Riche	46,2	41,6	12,2	100 (N=230)	46,6	30,7	22,7	100 (N=64)
Pearson Chi2 = 108,2554 Prob = 0,0000					Pearson Chi2 = 90,9686 Prob = 0,0000			

Source : Traitement des données de la MICS5-2016

Tableau A.4 : Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages par sexe du chef de ménage

Niveau de vie des ménages	Masculin				Féminin			
	Recours thérapeutiques				Recours thérapeutiques			
	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble
Pauvre	44,3	10,7	45	100 (N=261)	43,9	9,6	46,5	100 (N=46)
Moyen	46,9	19,1	34,1	100 (N=244)	60	12,6	27,4	100 (N=54)
Riche	45,4	41,7	13	100 (N=241)	50,6	33,5	15,8	100 (N=53)
Pearson Chi2 = 126,3532 Prob = 0,0000					Pearson Chi2 = 107,3692 Prob = 0,015			

Source : Traitement des données de la MICS5-2016

Tableau A.5 : Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages par groupe ethnique du chef de ménage

Niveau de vie des ménages	Forestiers				Sahéliens				ethnies non ivoiriennes			
	Recours thérapeutiques				Recours thérapeutiques				Recours thérapeutiques			
	Secteur public	Secteur privé	Automédication/ Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication/ Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication/ Traditionnelle	Ensemble
Pauvre	43,1	12,5	44,3	100 (N=125)	46,8	3,3	49,9	100 (N=115)	43,9	14,1	42,1	100 (N=67)
Moyen	58,7	11,6	29,7	100 (N=120)	38,7	20,6	40,7	100 (N=106)	42,4	27,7	3à	100 (N=72)
Riche	50,6	35,8	13,6	100 (N=135)	43,5	44,1	12,4	100 (N=108)	41,4	43,6	15,0	100 (N=50)
Pearson Chi2 = 117,7812 Prob = 0,000				Pearson Chi2 = 180,6832 Prob = 0,000				Pearson Chi2 = 88,5058 Prob = 0,014				

Source : Traitement des données de MICS-5-2016

Tableau A.6 : Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages par religion du chef de ménage

Niveau de vie des ménages	Chrétiens				Musulmans				Autres chrétiens			
	Recours thérapeutiques				Recours thérapeutiques				Recours thérapeutiques			
	Secteur public	Secteur privé	Automédication/ Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication/ Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication/ Traditionnelle	Ensemble
Pauvre	45,5	11,5	43	100 (N=87)	46,3	6,9	46,8	100 (N=128)	43,1	14,3	42,6	100 (N=89)
Moyen	52,2	21,6	26,2	100 (N=89)	46,9	20,2	32,9	100 (N=152)	49,8	6,8	43,4	100 (N=57)
Riche	50,2	34,2	15,6	100 (N=113)	42,1	46,5	11,4	100 (N=149)	51,2	33,3	15,5	100 (N=32)
Pearson Chi2 = 80,5828 Prob = 0,001				Pearson Chi2 = 158,0025 Prob = 0,0000				Pearson Chi2 = 94,1743 Prob = 0,018				

Source : Traitement des données de la MICS5-2016

Tableau A.7 : Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages par niveau d'instruction

Niveau de vie des ménages	15-24 ans				25-49 ans			
	Type de recours thérapeutique				Type de recours thérapeutique			
	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble
Pauvre	51,2	4,3	44,4	100 (N=105)	39,3	14,5	46,2	100 (N=190)
Moyen	42,1	22,2	35,7	100 (N=80)	52	16	32,0	100 (N=196)
Riche	49,9	30,7	19,3	100 (N=64)	45,9	42,4	11,7	100 (N=215)
	Pearson Chi2 = 97,2991 Prob = 0,003				Pearson Chi2 = 136,2650 Prob = 0 ,000			

Source : Traitement des données de MICS-5-2016

Tableau A.8 : Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages par groupe d'âges de la mère

Niveau de vie des ménages	Sans niveau				Primaire				Secondaire et plus			
	Recours thérapeutiques				Recours thérapeutiques				Recours thérapeutiques			
	Secteur public	Secteur privé	Automédication/ Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication/ Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication/Traditionnelle	Ensemble
Pauvre	40,8	11,2	48	100 (N=229)	42,8	9,6	47,6	100 (N=58)	76,1	9,3	14,6	100 (N=20)
Moyen	49,8	16,3	33,8	100 (N=184)	48,8	16,3	34,9	100 (N=76)	48	25,1	26,9	100 (N=38)
Riche	40,9	44	15,1	100 (N=106)	42,9	42,1	15	100 (N=90)	54,2	35,1	10,7	100 (N=98)
	Pearson Chi2 = 133,3713 Prob = 0,000				Pearson Chi2 = 138,3064 Prob = 0,0000				Pearson Chi2 = 54,1832 = 0,086			

Source : Traitements des données de la MICS5-2016

Tableau A.9 : Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages par parité de la mère

Niveau de vie des ménages	1 enfant				2 à 4 enfants				5 enfants et plus			
	Type de recours thérapeutique				Type de recours thérapeutique				Type de recours thérapeutique			
	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble
Pauvre	41,31	12,39	46,30	100 (N=42)	50	8,2	41,7	100 (N=161)	34,9	14,8	50,3	100 (N=91)
Moyen	45,09	25,22	29,69	100 (N=53)	51,3	17	31,7	100 (N=140)	48,4	12,7	39	100 (N=83)
Riche	48,99	34,15	16,86	100 (N=62)	42,9	42,7	14,4	100 (N=160)	54,3	38,4	7,4	100 (N=56)
	Pearson Chi2 = 74,5483 Prob = 0,088				Pearson Chi2 = 130,4873 Prob = 0,000				Pearson Chi2 = 171,6754 Prob = 0,000			

Source : Traitements des données de la MICS5-2016

Tableau A.10: Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages par comportement sanitaire de la mère

Niveau de vie des ménages	Comportement adéquat				Comportement non adéquat			
	Type de recours thérapeutique				Type de recours thérapeutique			
	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble
Pauvre	41,5	11,9	46,6	100 (N=201)	49,7	78	42,3	100 (N=106)
Moyen	45,6	18,8	35,6	100 (N=181)	55,3	16,4	28,3	100 (N=117)
Riche	41,5	44,1	14,5	100 (N=162)	52,9	35	12,1	100 (N=132)
	Pearson Chi2 = 128,0169 Prob = 0,000				Pearson Chi2 = 112,5008 Prob =0,000			

Source : Traitements des données de la MICS5-2016

Tableau A.11 : Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages par degré d'exposition de la mère aux médias

Niveau de vie des ménages	Faiblement exposées				Fortement exposées			
	Type de recours thérapeutique				Type de recours thérapeutique			
	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble
Pauvre	43,5	11,2	45,3	100 (N=208)	43,5	10,2	46,3	100 (N=87)
Moyen	51	18,8	30,2	100 (N=138)	47,2	16,6	36,2	100 (N=138)
Riche	50	35,5	14,5	100 (N=146)	43,2	44,4	12,4	100 (N=138)
	Pearson Chi2 = 103,2779 Prob = 0,000				Pearson Chi2 = 143,0522 Prob =0,000			

Source : Traitements des données de la MICS5-2016

Tableau A.12: Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages par situation matrimoniale de la mère/gardiennne de l'enfant

Niveau de vie des ménages	Déjà contracté le mariage				Jamais mariées			
	Type de recours thérapeutique				Type de recours thérapeutique			
	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble
Pauvre	44,68	11,59	43,73	100 (N=258)	36,62	7,09	56,29	100 (N=37)
Moyen	49,06	15,46	35,49	100 (N=243)	49,90	32,40	17,70	100 (N=33)
Riche	47,15	41,34	11,51	100 (N=242)	44,74	29,08	26,18	100 (N=37)
	Pearson Chi2 = 136,0894 Prob = 0,000				Pearson Chi2 = 117,2022 Prob =0,060			

Source : Traitements des données de la MICS5-2016

Tableau A.13 : Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages par sexe de l'enfant

Niveau de vie des ménages	Masculin				Féminin			
	Recours thérapeutiques				Recours thérapeutiques			
	Secteur public	Secteur privé	Automédication/ Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication/ Traditionnelle	Ensemble
Pauvre	42,2	3,7	54	100 (N=159)	46,1	17,3	36,6	100 (N=148)
Moyen	46,8	20,1	33,1	100 (N=147)	51,5	15,9	32,7	100 (N=151)
Riche	42,4	43,2	14,4	100 (N=163)	50,7	36,8	12,5	100 (N=131)
	Pearson Chi2 = 179,4863 Prob = 0,000				Pearson Chi2 = 80,3822 Prob = 0 ,000			

Source : Traitement des données de la MICS5-2016

Tableau A.14 : Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages par groupe d'âge de l'enfant

Niveau de vie des ménages	0-2 ans				3-4 ans			
	Type de recours thérapeutique				Type de recours thérapeutique			
	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble
Pauvre	37,2	10,8	52	100 (N=116)	46,1	17,3	36,6	100 (N=235)
Moyen	42,3	18,5	39,2	100 (N=112)	51,5	15,9	32,7	100 (N=212)
Riche	41,4	40,7	17,9	100 (N=110)	50,7	36,8	12,5	100 (N=211)
	Pearson Chi2= 118,2170 Prob = 0 ,000				Pearson Chi2= 139,4505 Prob = 0 ,000			

Source : Traitements des données de la MICS5-2016

Tableau A.15: Répartition (en %) des enfants de moins cinq ans selon le type de recours thérapeutiques et le niveau de vie des ménages par lien de parenté

Niveau de vie des ménages	Fils/Fille				Autres parents			
	Type de recours thérapeutique				Type de recours thérapeutique			
	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Automédication /Traditionnelle	Ensemble
Pauvre	44,7	11,1	44,2	100 (N=235)	42,6	8,8	48,5	100 (N=72)
Moyen	46,1	20,3	33,6	100 (N=212)	56,2	12,5	31,3	100 (N=86)
Riche	47	42,7	10,3	100 (N=211)	44,5	34,4	21,2	100 (N=83)
	Pearson Chi2= 139,4505 Prob = 0 ,000				Pearson Chi2= 98,2527 Prob = 0 ,003			

Source : Traitements des données de la MICS5-2016