



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 8 (1)

ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023

Received, 15 February 2026

Accepted, 4 April 2026

Published, 7 April 2026

<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Koudougou, L.G. (2026). Distributeurs communautaires comme acteurs clés de la chimioprévention du paludisme saisonnier au Burkina Faso : reconnaissance, contraintes et stratégies d'adaptation. . *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 8(1), pp.304-319 <https://doi.org/10.4314/rasp.v8i1.20>

Research

Distributeurs communautaires comme acteurs clés de la chimioprévention du paludisme saisonnier au Burkina Faso : reconnaissance, contraintes et stratégies d'adaptation

Community distributors as key players in seasonal malaria chemoprevention in Burkina Faso : recognition, constraints and adaptation strategies

Laurent Gnimian KOUDOUGOU

Laboratoire d'Études Rurales sur l'Environnement et le Développement Économique et Social (LERE/DES), Université Nazi BONI (UNB), Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Correspondance : Email : kgnimianlaurent@gmail.com ; ORCID iD: 0009-0003-6939-8774 ;

Résumé

La chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) repose sur l'action des distributeurs communautaires (DC), acteurs clés de l'administration des médicaments et de la sensibilisation des populations. Cependant, sur le terrain, malgré leur importance stratégique, les DC sont confrontés à de multiples contraintes d'ordre organisationnel, financier, socioculturel et sécuritaire. Ils évoluent également dans un contexte de précarité professionnelle marqué par l'absence de statut officiel. Ces conditions fragilisent leur légitimité sociale et leur reconnaissance institutionnelle, ce qui affecte la qualité de la mise en œuvre de l'intervention. D'où cette étude examine le rôle des DC, en mettant l'accent sur leur reconnaissance sociale et professionnelle, les contraintes rencontrées ainsi que les stratégies d'adaptation qu'ils développent. Nous avons privilégié une approche qualitative mobilisant plusieurs techniques de collecte de données : l'observation directe, la recherche documentaire, les entretiens individuels, les focus groups et les récits de vie. Les données ont été recueillies auprès des DC, parents, acteurs sanitaires et des médias, avant, pendant et après les campagnes CPS à Bobo-Dioulasso, sur une période de huit mois allant de mars à octobre 2023. Au total, 87 entretiens individuels, 8 focus groups et 4 récits de vie ont été menés. Les résultats montrent que le déficit de reconnaissance sociale et professionnelle des DC limite leur légitimité et leur autorité au sein de l'espace communautaire. Les contraintes auxquelles ils sont confrontés, ainsi que les stratégies d'adaptation mobilisées au quotidien, révèlent des écarts significatifs entre les normes officielles et les pratiques effectives sur le terrain, ce qui affecte la couverture, l'adhésion des parents et l'efficacité globale de l'intervention.

Mots-clés : distributeurs communautaires, chimioprévention du paludisme saisonnier, Burkina Faso, contraintes, stratégies d'adaptation

Abstract

Seasonal malaria chemoprevention (SMC) relies on community distributors (CDs), who are key players in administering medicines and raising awareness among the population. However, despite their strategic importance, CDs face multiple organisational, financial, sociocultural, and security constraints. They also operate in a context of professional precariousness, marked by the absence of official status. These conditions undermine their social legitimacy and institutional recognition, thereby affecting the quality of intervention implementation. This study examines the role of DCs, focusing on their social and professional recognition, the constraints they face, and the coping strategies they develop. We favoured a qualitative approach using several data collection techniques: direct observation, documentary research, individual interviews, focus groups, and life stories. Data were collected from DCs, parents, health workers, and the media before, during, and after the SMC campaigns in Bobo-Dioulasso over an eight-month period from March to October 2023. A total of 87 individual interviews, eight focus groups, and four life stories were conducted. The results show that the lack of social and professional recognition of DCs limits their legitimacy and authority in the community. The constraints they face, along with the coping strategies they use daily, reveal significant gaps between official standards and actual practices in the field, affecting coverage, parental adherence, and the overall effectiveness of the intervention.

Keywords: community distributors, seasonal malaria chemoprevention, Burkina Faso, constraints, adaptation strategies

Introduction

Le paludisme est une maladie parasitaire potentiellement mortelle, « causée par un hématozoaire du genre *Plasmodium*, transmis à l'homme par la piqûre de la femelle d'un moustique du genre *Anopheles* infecté » (OMS, 2025). Il constitue la première endémie parasitaire à l'échelle mondiale. Toutefois, pour des raisons épidémiologiques, sanitaires et sociales, c'est en Afrique subsaharienne, et notamment au Burkina Faso, que le paludisme entraîne les conséquences les plus lourdes. Dans cette région, « plus de 80 % des décès liés au paludisme concernent des enfants de moins de cinq ans » (OMS, 2021). Face à cette situation, plusieurs stratégies de lutte ont été mises en œuvre au Burkina Faso, notamment « l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide (PID), la vaccination, le diagnostic précoce et le traitement des cas » (MSHP, 2023).

Cependant, malgré les progrès enregistrés ces dernières années grâce à la combinaison de ces interventions, la persistance d'une transmission saisonnière élevée a conduit à l'adoption de la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) comme stratégie prioritaire dans les zones de forte endémicité. Introduite au Burkina Faso en 2014 à la suite des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la CPS repose sur l'administration périodique de médicaments antipaludiques aux enfants âgés de 3 à 59 mois pendant la saison de forte transmission (OMS, 2012). Si son efficacité biomédicale est largement documentée (Dicko *et*

al., 2011), sa mise en œuvre opérationnelle soulève néanmoins des enjeux organisationnels, sociaux et relationnels qui conditionnent largement son acceptabilité et sa durabilité (Koudougou, 2025). Au cœur de ce dispositif se trouvent les distributeurs communautaires (DC), acteurs de première ligne chargés de l'administration des doses, de la sensibilisation des ménages et du suivi des enfants bénéficiaires (Koudougou *et al.*, 2025). Les DC occupent ainsi « une position singulière, à l'interface entre le système de santé formel et les communautés locales. Leur proximité sociale avec les ménages constitue un levier essentiel pour l'adhésion à la CPS, mais les expose également à des attentes multiples, parfois contradictoires » (Koudougou, 2025). En dépit de leur rôle central dans la réussite de la stratégie, leur contribution demeure souvent peu visible dans les analyses institutionnelles, tandis que leur reconnaissance sociale et professionnelle reste limitée.

Par ailleurs, ils interviennent dans des contextes marqués par « des contraintes logistiques, des charges de travail élevées, des injonctions normatives fortes, ainsi que des situations de tension liées à la gestion des effets secondaires des médicaments » (Koudougou *et al.*, 2024). Ces contraintes, combinées à un déficit de reconnaissance sociale et professionnelle, fragilisent l'autorité des DC, affectent les relations avec les parents et les acteurs locaux et, in fine, compromettent la qualité de la mise en œuvre de la CPS. Elles donnent également lieu au développement de stratégies d'adaptation informelles, souvent invisibles dans les cadres normatifs et les rapports institutionnels, mais essentiels à la continuité de l'intervention sur le terrain. Dès lors, se pose la question centrale de savoir comment les distributeurs communautaires, en tant qu'acteurs clés de la CPS au Burkina Faso, parviennent à exercer leur rôle dans un contexte de faible reconnaissance et de fortes contraintes. Plus précisément, comment leur statut social et professionnel influence-t-il leur légitimité et leur efficacité ? Quelles sont les principales contraintes auxquelles ils sont confrontés et quelles stratégies d'adaptation développent-ils pour y faire face ? Enfin, dans quelle mesure les écarts entre les normes officielles de la CPS et les pratiques réelles des DC influencent-ils la couverture, l'adhésion des populations et l'efficacité globale de la stratégie ?

En interrogeant ces dimensions, cet article se propose de dépasser une lecture strictement technico-sanitaire de la CPS afin de mettre en lumière les enjeux sociaux et professionnels liés à l'action des distributeurs communautaires. Il entend ainsi contribuer à une meilleure compréhension des dynamiques des acteurs à l'œuvre dans les politiques de prévention au Burkina Faso et alimenter la réflexion sur le renforcement des interventions de santé communautaire dans un contexte de forte endémicité palustre.

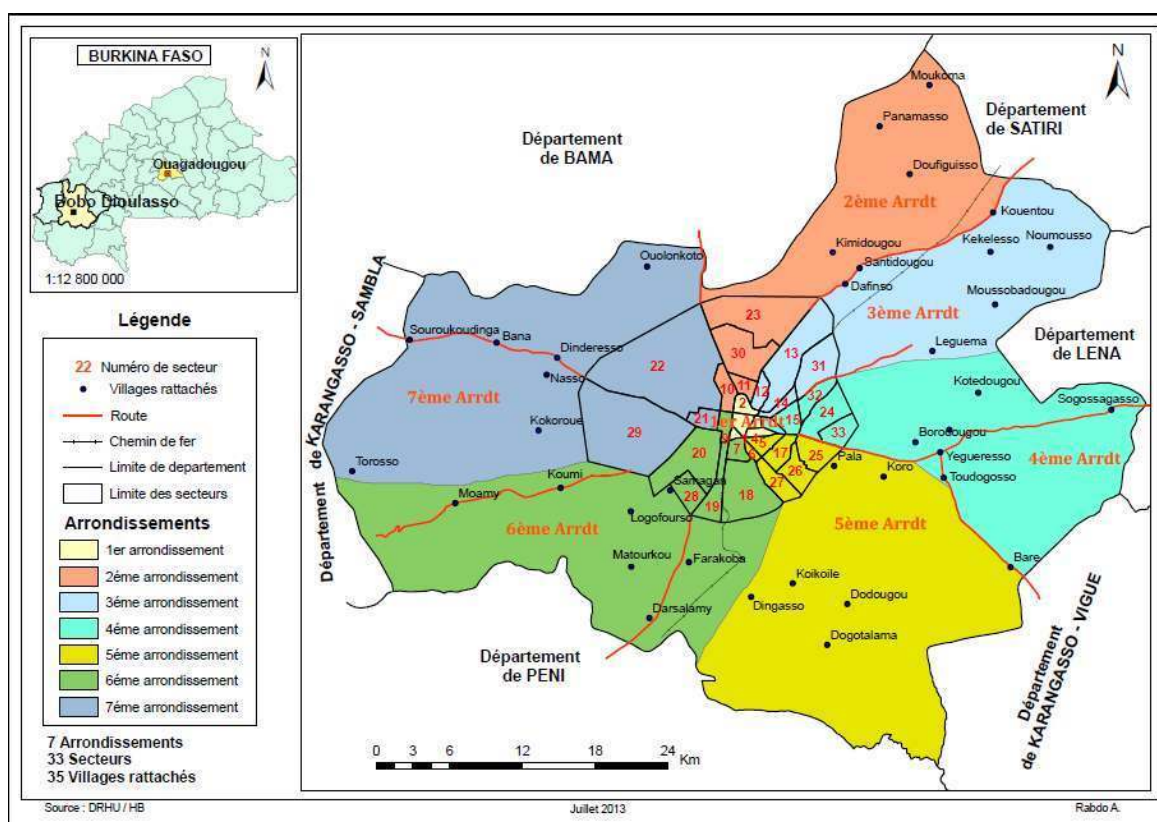
1. Méthodologie

1.1. Site de recherche

La présente étude a été menée dans la commune de Bobo-Dioulasso, deuxième ville du Burkina Faso et chef-lieu de la région du Guiriko. Sur le plan géographique, Bobo-Dioulasso se situe dans la région du Guiriko et comprend à la fois une zone urbaine et une zone rurale, constituée de villages rattachés. La zone urbaine est entourée de quartiers informels, communément désignés « non lotis », en raison de l'occupation non planifiée de l'espace. Sur le plan sanitaire,

la commune est couverte par deux districts sanitaires : le district sanitaire de Dafra et celui de Dô, au sein desquels la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) est mise en œuvre par les formations sanitaires de première ligne. L'offre de soins y repose sur un réseau diversifié, composé de tradipraticiens, de structures privées de santé et d'établissements publics. Ces derniers comprennent un Centre hospitalier universitaire (CHU), des Centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA), des Centres médicaux urbains (CMU) ainsi que des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Administrativement, la commune de Bobo-Dioulasso est organisée « en sept arrondissements, 33 secteurs et 36 villages rattachés » (INSD, 2019). Sur le plan socio-culturel, elle se caractérise par une forte diversité ethnique. On y retrouve notamment les Bobo, groupe autochtone, ainsi que les Moose, les Sénoufo, les Dioula, les Peuls, les Sanan, entre autres. La cartographie ci-dessous présente un aperçu de la commune de Bobo-Dioulasso.

Carte 1 : Localisation de la zone d'étude



Source : DRHU/HB, 2013

1.2. Echantillonnage

Compte tenu de la nature des informations à recueillir, l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la CPS en milieu urbain et périurbain a été pris en compte. Ainsi, la population d'étude est composée de distributeurs communautaires, de parents, de partenaires techniques et financiers, d'acteurs des médias et de professionnels de santé. Le critère de sélection des participants reposait sur leur participation effective et leur degré d'implication dans la mise en œuvre de la CPS. Un échantillonnage raisonné a été retenu pour constituer l'échantillon. Tout en reconnaissant les biais potentiels liés à la nature qualitative de l'étude et

au recours à cette méthode d'échantillonnage, nous avons veillé à diversifier les profils des distributeurs communautaires, au-delà de ceux recrutés via des réseaux d'affinité. Par ailleurs, des efforts spécifiques ont été consentis afin d'inclure des coordinateurs de recherche recrutés par des voies officielles, susceptibles de porter un regard plus critique sur la mise en œuvre de l'intervention sur le terrain. Ainsi, l'échantillon ne répondait pas à des contraintes numériques prédéfinies, mais reposait sur des critères de diversification des profils d'acteurs et sur le principe de saturation des données, conformément à l'approche proposée par Pirès (1997 : 65). Au total, 87 entretiens individuels, 8 focus groups et 4 récits de vie ont été réalisés.

1.3. Techniques et outils de collecte des données

Afin d'atteindre les objectifs fixés dans le cadre de cette étude, nous avons adopté une approche qualitative mobilisant plusieurs techniques de collecte de données, notamment l'observation directe en temps réel, la recherche documentaire et les entretiens individuels approfondis. L'observation directe a été utilisée pour appréhender les comportements, les interactions sociales et les dynamiques de groupe dans leur contexte naturel. Cette technique a permis, d'une part, d'identifier les contraintes auxquelles les distributeurs communautaires sont confrontés sur le terrain et, d'autre part, de repérer les stratégies d'adaptation qu'ils mobilisent au quotidien. Elle contribue ainsi à dépasser les discours déclaratifs pour mieux comprendre les pratiques effectives. La recherche documentaire a été mobilisée afin de situer empiriquement et théoriquement le phénomène étudié. Elle a consisté à collecter, analyser et croiser diverses sources secondaires (ouvrages scientifiques, articles, rapports institutionnels, données statistiques, etc.) en vue de construire un cadre de référence pertinent. Cette démarche a permis non seulement de contextualiser le sujet, mais également d'identifier les travaux antérieurs et de formuler une problématique cohérente. Les entretiens semi-directifs, les focus groupes et les récits de vie ont quant à eux été utilisés pour explorer en profondeur les expériences vécues et les logiques d'action des distributeurs communautaires (DC) et des parents dans la mise en œuvre de la CPS. Ces techniques ont permis d'appréhender les relations entre parents et DC, les significations qu'ils attribuent à leurs pratiques, ainsi que les stratégies qu'ils déploient au quotidien. L'usage combiné de ces différentes techniques s'inscrit dans une logique de complémentarité, permettant de produire une connaissance fine, nuancée et contextualisée du phénomène étudié. Leur mobilisation se justifie tant par la nature exploratoire et inductive de la recherche que par la nécessité de croiser les sources de données afin de renforcer la validité de l'analyse.

À cet effet, une grille d'observation ainsi que des guides d'entretien individuel et d'animation de focus groupes ont servi d'outils de collecte des données. L'immersion sur le terrain, rendue possible par ces techniques et outils, a permis de recueillir, au terme des activités menées en milieu urbain et périurbain, des données expérientielles et des discours relativement détaillés auprès des distributeurs communautaires, des parents, des partenaires techniques et financiers, des acteurs des médias et des professionnels de santé. Ces données ont été collectées avant, pendant et après les campagnes de CPS dans la commune de Bobo-Dioulasso, sur une période de huit (08) mois allant de mars à octobre 2023.

Traitement et analyse des données

Compte tenu de la profondeur des informations recherchées, notamment des significations que les acteurs attribuent à leurs comportements, pratiques ou actions en lien avec la CPS, nous avons privilégié l'utilisation de logiciels de traitement des données qualitatives plutôt que de logiciels dédiés aux données quantitatives. À cet effet, les entretiens ont été enregistrés puis intégralement retranscrits à l'aide du logiciel F4. Ils ont ensuite été analysés à travers une analyse de contenu et une analyse de discours à l'aide du logiciel QDA Miner Lite. Le traitement des données a reposé sur une analyse thématique interprétative fondée sur la triangulation, selon une démarche déductive. L'anonymat a été garanti par l'attribution de codes composés d'initiales modifiées. L'analyse s'est appuyée sur le concept de normes pratiques (Olivier de Sardan, 2010, p 12), permettant d'objectiver les régulations informelles, tacites ou latentes structurant les pratiques des acteurs, souvent en décalage avec les normes officielles. Ce cadre a également facilité l'interprétation des convergences observées ainsi que des écarts ou « jeux » vis-à-vis des normes officielles, professionnelles ou sociales. Cette approche a permis d'appréhender non seulement la manière dont les contraintes structurelles, organisationnelles et socioculturelles limitent les capacités réelles des distributeurs communautaires à administrer efficacement la CPS aux enfants, mais également les logiques sous-jacentes à leurs comportements et à leurs pratiques quotidiennes.

Considérations éthiques

Nous avons, au préalable, obtenu l'accord du directeur régional de la santé et de l'hygiène publique de la région de Guiriko (approbation n° 2023-0028/MSHP/RHBS/DRSHP) avant de nous rendre sur le terrain. L'étude a été conduite dans le respect des principes de l'éthique médicale, avec une attention particulière accordée à la protection des participants. Les enquêté(e)s ont été informé(e)s de l'identité du chercheur, des objectifs de l'étude, des modalités de collecte des données ainsi que des implications de leur participation. Un consentement libre et éclairé a été recueilli, par écrit ou oralement, après explication préalable de l'étude. Les participants ont été informés de leur droit de retrait à tout moment, sans préjudice.

2. Résultats

Dans cette section, nous présentons les trois principaux résultats de l'étude, à savoir : (i) le statut des distributeurs communautaires à l'épreuve de la reconnaissance sociale et professionnelle ; (ii) les multiples contraintes auxquelles ils sont confrontés dans la mise en œuvre de la CPS ; et (iii) les stratégies d'adaptation des distributeurs communautaires dans la mise en œuvre de la CPS, révélatrices des écarts entre le dispositif prescrit et le dispositif réel.

2.1. Statut des distributeurs communautaires à l'épreuve de la reconnaissance sociale et professionnelle

Les résultats révèlent que les distributeurs communautaires occupent une place centrale dans la mise en œuvre des stratégies de santé communautaire, notamment dans le cadre de la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS). Leur recrutement constitue une étape déterminante, tant pour l'efficacité de la CPS que pour son acceptation par les communautés

bénéficiaires. Toutefois, bien que des normes officielles encadrent le processus de recrutement des distributeurs communautaires (DC), les observations de terrain mettent en évidence des écarts notables par rapport à ces prescriptions. Selon les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la CPS, les DC sont censés être sélectionnés de manière objective par les infirmiers chefs de poste (ICP), sur la base de critères précis, tels que la résidence permanente dans la communauté, la disponibilité, la courtoisie, la probité morale, la capacité à s'exprimer dans la langue locale, à lire et à écrire en français, ainsi que l'acceptation sociale du candidat. Cette logique vise à renforcer la proximité entre le distributeur communautaire et la population, condition essentielle à l'instauration d'un climat de confiance et à l'adhésion aux interventions sanitaires.

Cependant, les données empiriques recueillies sur le terrain montrent que le recrutement des DC ne respecte pas systématiquement ces critères recommandés par la hiérarchie sanitaire. En effet, les pratiques de recrutement décrites par les ICP s'écartent des normes officielles de sélection. Cette divergence entre les prescriptions institutionnelles et les pratiques effectives est illustrée par l'extrait d'entretien suivant :

En ce qui concerne le choix des distributeurs communautaires (DC), on priorise dans le recrutement nos relais communautaires, donc en fonction maintenant du nombre de DC qu'on veut dans chaque zone on essaie de les choisir parmi les volontaires qui se sont illustrés compétents durant la formation donc on recrute ces volontaires compétents pour compléter les relais communautaires qui travaillent déjà avec nous et qui maîtrisent bien le terrain, donc ces nouveaux DC recrutés vont se joindre aux relais communautaires pour faire le travail sur le terrain (T. H., 48 ans, représentant du Centre Médical Urbain du secteur 24, le 19/04/2023).

Les observations de terrain montrent ainsi que, dans la pratique, la priorité est accordée aux Agents de santé à base communautaire (ASBC) et/ou aux relais communautaires déjà impliqués au sein des formations sanitaires lors du choix des distributeurs communautaires (DC). Ces acteurs sont alors systématiquement reconvertis en DC par les infirmiers chefs de poste (ICP) au cours des campagnes de chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS). Par ailleurs, en cas d'absence ou d'indisponibilité d'un ASBC et/ou d'un relais communautaire, celui-ci est fréquemment remplacé par un membre de sa famille. Toutefois, la réalité observée sur le terrain révèle que le nombre d'ASBC et/ou de relais communautaires disponibles au sein de chaque formation sanitaire demeure insuffisant au regard du nombre de postes de DC à pourvoir. Afin de pallier ce déficit, les ICP procèdent alors à un recrutement complémentaire de distributeurs communautaires. Les données issues des observations et des entretiens réalisés lors des sessions de formation des DC indiquent que ce recrutement additionnel s'opère le plus souvent sur la base d'affinités personnelles. En effet, pour compléter les effectifs, les DC sont principalement recrutés parmi les stagiaires volontaires déjà actifs dans les formations sanitaires, ainsi que parmi les parents, amis et connaissances (PAC) du personnel de santé, qu'ils aient ou non participé à la formation des DC. C'est ainsi que l'on retrouve, parmi les DC recrutés sur le terrain, des agents chargés du gardiennage des formations sanitaires, des membres des comités de gestion (COGES), des femmes allaitantes, des femmes enceintes, ainsi que des élèves et des étudiants mobilisés comme DC dans le cadre des campagnes de CPS. Les propos suivants d'un responsable de Malaria Consortium viennent étayer ces constats :

Nous avons fait aussi un constat que dans certaines formations sanitaires, les DC sont recrutés de manière qui ne respecte pas forcément aux normes, on va prendre des élèves, des femmes qui ont des enfants qui veulent avoir la prise en charge alors qu'ils ne peuvent pas bien faire le travail, mais nous avons recommandé les critères de recrutement même s'ils ne sont pas respectés (K. S., 56 ans, représentant de Malaria Consortium chargé de la CPS au Burkina Faso, le 12/05/2023).

Selon les distributeurs communautaires (DC) interviewés, le recrutement en tant que DC repose le plus souvent sur le fait d'être un parent, un ami ou une connaissance (PAC) du personnel de santé, ou, à défaut, d'être recommandé par une personne disposant d'un lien avec l'infirmier-chef de poste (ICP). C'est d'ailleurs pour cette raison que, lors des sessions de formation des DC auxquelles nous avons assisté, nous avons observé, dans un premier temps en milieu urbain, la présence de certains agents de santé accompagnant leurs enfants afin de solliciter leur recrutement comme DC auprès de l'ICP. Dans un second temps, une situation similaire a été observée en milieu périurbain, où des agents de santé ont fait venir leurs enfants ou leurs épouses, résidant en ville, pour participer aux campagnes de chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) en tant que DC au sein de leurs formations sanitaires. Ces observations illustrent un mode de recrutement fondé sur les affinités personnelles et les réseaux relationnels. Les propos suivants viennent confirmer ce recrutement par affinité parmi les distributeurs communautaires :

Chez nous là après la formation, tous les ASBC du CSPS sont d'office retenus pour la campagne en tant que DC, maintenant les gens comme nous autres qui sommes venus pour suivre la formation là, c'est ceux qui ont des affinités avec les agents de santé qui seront retenus sinon si tu ne connais pas quelqu'un tu ne peux être DC, même l'année passée j'ai eu la chance d'être recrutée comme DC parce que je connaissais Monsieur Diallo et c'est lui qui a mis mon nom mais cette année comme il n'est plus là, ce n'est même pas sûr qu'on va me retenir (S. L., 32 ans, ancien DC du CSPS de Bindougouso, le 21/06/2023).

Ce mode de recrutement des distributeurs communautaires (DC), fondé sur les affinités personnelles, ne favorise pas l'ancrage communautaire pourtant recherché par le programme. Il contribue, au contraire, à entretenir une ambiguïté statutaire : les DC se situent à l'interface entre le système de santé formel et la communauté, sans bénéficier d'une reconnaissance institutionnelle et professionnelle clairement établie. Leur statut demeure souvent précaire, caractérisé par l'absence de contrat formel, de rémunération régulière et de perspectives de carrière réelles. Les incitations financières existantes, restent modestes, irrégulières et largement dépendantes des partenaires techniques et financiers (PTF). Les propos suivants viennent illustrer cette situation :

Nous sommes payés à travers orange money par le PTF, il faut dire qu'avant chaque DC est payé à 3000 f par jour pendant 4 jours et lors de la première formation des DC qui dure une journée aussi chaque DC est payé à 3000 f pour la formation, mais ils nous ont dit qu'à partir de cette année 2023, la prise en charge de chaque DC sera 5000 f par jour pendant 4 jours mais nous ne sommes pas sûre de cela d'abord, sinon je dirais que la prise en charge actuelle-là est insuffisante par rapport au travail qu'on fait et c'est ce qui démotive les DC, de plus, il y a le retard de paiement (Y. A., 27 ans DC au CMU du secteur 24, le 19/04/2023).

L'analyse approfondie de ces discours montre que la précarité du métier, caractérisée par une fonction temporaire, combinée à un mode de recrutement des distributeurs communautaires (DC) fondé sur les affinités personnelles, a des répercussions directes sur leur reconnaissance

sociale et professionnelle. Sur le plan social, bien qu'ils soient parfois perçus comme des acteurs utiles et engagés, les DC sont souvent considérés par les communautés comme de simples bénévoles ou comme des relais occasionnels, ce qui limite leur légitimité et leur autorité au sein de l'espace communautaire. Sur le plan professionnel, l'absence d'un statut clairement défini et d'une reconnaissance officielle de la part de l'administration sanitaire contribue à une forme de marginalisation, malgré l'importance des responsabilités qui leur sont confiées. Ainsi, la problématique de la reconnaissance sociale et professionnelle des distributeurs communautaires soulève des enjeux majeurs en termes de motivation, de fidélisation et de qualité des services offerts. Le contraste entre les contraintes institutionnelles notamment en matière de respect des protocoles et les réalités sociales du terrain entraîne chez les acteurs des ajustements pratiques, discursifs et relationnels, qui influent sur l'efficacité de l'intervention.

2.2. Distributeurs communautaires face aux multiples contraintes dans la mise en œuvre de la CPS

Selon les témoignages recueillis auprès des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la CPS, les distributeurs communautaires (DC) jouent un rôle central. Dans le cadre de la stratégie de porte-à-porte, ces DC sont responsables de l'administration des médicaments de la CPS, de la sensibilisation des ménages sur le paludisme et la malnutrition, du suivi de l'observance et du signalement des effets indésirables. Cependant, malgré leur rôle essentiel, les DC font face à de nombreuses contraintes qui affectent l'efficacité et la qualité de la mise en œuvre de la CPS. Parmi les principales difficultés rencontrées sur le terrain figurent les contraintes organisationnelles, financières, socioculturelles et sécuritaires.

En ce qui concerne les contraintes organisationnelles, les résultats révèlent que l'insuffisance voire l'absence de matériel, notamment les équipements de protection contre les intempéries (imperméables, bottes) et les moyens de déplacement (motos, vélos), complique fortement l'exécution des activités sur le terrain. Par ailleurs, la charge de travail élevée (rechercher les contre-indications à la CPS, administrer jusqu'à 50 enfants par jour, sensibiliser chaque ménage, dépister la malnutrition chez chaque enfant, remplir les fiches et référer les enfants malades), combinée à l'étendue géographique des zones de couverture, limite la capacité des distributeurs à atteindre l'ensemble des ménages ciblés dans les délais requis. L'extrait d'entretien suivant illustre cette réalité :

Ce que nos superviseurs veulent là, ce n'est pas possible parce qu'ils veulent qu'on fasse un travail de qualité et atteindre l'objectif de 50 enfants par jour, alors que c'est nous qui devons à la fois communiquer, chercher à savoir s'il n'y a pas de contre-indications et faire le dépistage de la malnutrition avant d'administrer la première dose à l'enfant. Et après l'administration nous devons attendre 30 minutes pour voir si l'enfant ne va pas vomir. Si on veut bien respecter tout ça, on ne pourra pas atteindre l'objectif de 50 enfants. J'ai dit au major que les DC qui reviennent avec les chiffres de 100 enfants administrés par jour-là ce n'est pas vrai, soit ils ont distribué ou soutiré les comprimés et inventer les chiffres (B. A., 29 ans, DC au CSPS de Bindougouso, le 24/06/2023).

Concernant les contraintes financières, les résultats montrent que la faiblesse et l'irrégularité des primes allouées aux distributeurs communautaires (DC) dans le cadre de la CPS constituent un facteur important de démotivation. Ces primes sont jugées insuffisantes au regard des efforts fournis. Par conséquent, de nombreux DC concilient les activités de la CPS avec leurs

occupations personnelles ou professionnelles, ce qui se traduit par une baisse de l'engagement, une rotation élevée des DC et, dans certains cas, l'abandon des activités de la CPS. Les propos suivants illustrent cette réalité :

Vraiment la prise en charge-là est faible par rapport au travail demandé, parce que chaque DC a une prise en charge de 3000 francs seulement par jour pendant les quatre jours et ici entre-temps même, la prise en charge de la CPS là traîne avant de venir et souvent même c'est à la prochaine campagne qu'on paye les DC pour la campagne passée donc les DC qu'on a recruté dans les hameaux de culture-là appellent chaque fois pour réclamer leur prise en charge, imaginer quelqu'un qui va laisser son champ pour venir vous aider à distribuer la CP et n'a pas toujours sa prise en charge, ça décourage les DC (N. A., 42 ans, DC au CSPPS de Sogossagasso, le 22/05/2023).

Pour ce qui est des contraintes socioculturelles, les résultats montrent que la résistance de certaines communautés liée aux croyances, à la désinformation ou à la méfiance envers les médicaments de la CPS, complique le travail des distributeurs communautaires (DC) sur le terrain. Par ailleurs, le faible niveau d'instruction de certains DC limite leur compréhension des protocoles d'administration de la CPS et affecte la qualité de la communication avec les parents bénéficiaires. Les propos du participant suivant illustrent cette situation :

Nous aussi on fait la communication puisqu'il y a des cas de refus, c'est ça la difficulté aussi de la CPS, et quand il y a un cas de refus les DC nous font signe sur la flotte et on est obligé d'intervenir, on essaie de convaincre les parents, mais souvent le parent nous dit je dis non c'est non, donc ce n'est pas simple et moi je pense que ces cas de refus sont dus à la mauvaise communication-là, au fait ces parents prennent l'information au mauvais moment, au mauvais lieu avec des mauvaises personnes donc c'est compliqué (D. Y., 37 ans superviseur CSPPS de Bindougouso, le 28/04/2023).

Quant aux contraintes sécuritaires, les résultats indiquent que, dans certaines zones du Burkina Faso, l'insécurité constitue un obstacle majeur à la mise en œuvre de la CPS. Les déplacements des distributeurs communautaires (DC) sur le terrain y sont limités, voire impossibles dans certaines zones, réduisant ainsi l'accès des enfants aux médicaments. Les conditions climatiques difficiles, notamment les fortes pluies, viennent également aggraver ces contraintes. L'extrait d'entretien suivant illustre cette situation :

Bon ! il y a l'insécurité qui est là, ce qui fait que tout le monde est méfiant face quelqu'un qu'il ne connaît pas et cela ne facilite pas le travail DC sur le terrain parce qu'il y a des ménages même où on n'autorise pas à un inconnu d'accéder à l'intérieur de la cour, donc avec ces genres de ménages-là les DC ne pourront pas faire correctement leur travail, et souvent même il pleut et les parents ne nous autorisent pas de s'abriter dans leur cour alors que nous n'avons pas des imperméables (T. A., 26 ans, DC au CSPPS de Logofourouso, le 23/06/2023).

À la lumière de ce qui précède, il apparaît que les distributeurs communautaires constituent un pilier essentiel de la mise en œuvre de la CPS au Burkina Faso, mais que leur action est entravée par de multiples contraintes. Celles-ci mettent en évidence la vulnérabilité opérationnelle des DC, malgré leur rôle stratégique dans le dispositif. Ces difficultés génèrent des écarts entre les normes officielles et les pratiques sur le terrain, affectant la couverture, l'adhésion des parents et l'efficacité globale de l'intervention.

2.3. Stratégies d'adaptation des distributeurs communautaires comme révélatrices des écarts entre le dispositif prescrit et le dispositif réel

Il ressort de nos résultats que l'efficacité de la CPS repose en grande partie sur l'implication des distributeurs communautaires (DC), chargés d'assurer l'administration des médicaments selon un dispositif institutionnel rigoureusement prescrit. Cependant, la mise en œuvre de la CPS sur le terrain révèle de nombreux écarts entre le dispositif tel que conçu par les instances nationales et internationales et le dispositif réel pratiqué par les DC au niveau communautaire. Le dispositif prescrit de la CPS repose sur des protocoles standardisés : ciblage précis des enfants de 3 à 59 mois, dépistage systématique de la malnutrition, communication interpersonnelle avec les parents, respect strict des doses selon l'âge et du calendrier, administration sous observation directe de la première prise, et enregistrement systématique des données. Dans la pratique, toutefois, les DC sont confrontés à un ensemble de contraintes organisationnelles, financières, socioculturelles et sécuritaires. Face à ces contraintes, ils mettent en œuvre des stratégies d'adaptation pragmatiques, souvent non formalisées. Celles-ci incluent l'assouplissement des critères de ciblage (prise en charge d'enfants hors de la tranche d'âge officielle) ; la modification des modalités d'administration (délégation de la prise aux parents sans observation directe) ; des pratiques telles que le remplissage des fiches avec des chiffres fictifs sans se rendre sur le terrain ; la soustraction des comprimés de la CPS suivie de leur élimination dans les latrines ; la remise de tous les comprimés de la CPS aux nourrices dans les ménages sans voir l'enfant concerné ni communiquer avec la nourrice sur la prise des comprimés. Les propos suivants confirment ces stratégies d'adaptation mises en œuvre par les DC :

Je dis que si les DC doivent faire la CPS conformément au protocole-là, ils ne pourront pas atteindre les 50 enfants par jour. Par exemple on leur dit de faire asseoir l'enfant prendre le temps pour donner à petite gorgée à l'enfant, attendre 30 mn, s'il vomit il faut lui redonner. C'est ce qui fait que certains DC, ne respectent pas le protocole, ils abrègent la procédure et dès que les parents prennent les médicaments ils continuent, ou bien le DC récupère ses médicaments il met dans sa poche et il coche comme s'il a donné aux enfants. Donc c'est à cause de ces mauvaises pratiques-là, que certains DC reviennent avec 100 enfants administrés par jour, ils ont fait comment ? (D. Y., 37 ans superviseur CSPS de Bindougouso, le 28/04/2023).

Au regard de ce qui précède, il apparaît que les stratégies d'adaptation développées par les DC, en révélant les écarts entre le dispositif prescrit et le dispositif réel, mettent en lumière les facteurs qui entravent l'efficacité globale de la mise en œuvre de la CPS sur le terrain. Ces écarts soulignent les tensions structurelles entre les normes institutionnelles et les pratiques effectives. Loin de relever de simples dysfonctionnements, ils s'apparentent à des réponses contextualisées face à de multiples contraintes. Ils révèlent ainsi les limites d'un modèle de mise en œuvre fondé sur une rationalité technico-bureaucratique peu attentive aux dynamiques locales. En ce sens, ces écarts interrogent la notion même de fidélité au protocole et invitent à repenser les cadres d'évaluation de la CPS, en intégrant davantage les pratiques effectives des acteurs de terrain ainsi que les rationalités sociales qui les sous-tendent.

3. Discussion

Cette section est consacrée à la discussion des résultats obtenus, en les confrontant aux travaux antérieurs. L'analyse de nos données de terrain met en évidence deux thématiques principales qui méritent un examen approfondi : le déficit de reconnaissance professionnelle des

distributeurs communautaires comme facteur de dégradation des services, et les arbitrages entre normes officielles et pratiques effectives dans la mise en œuvre de la CPS.

3.1. Déficit de reconnaissance professionnelle des distributeurs communautaires comme facteur de dégradation des services

D'après les témoignages recueillis auprès des acteurs interrogés, la précarité du rôle de distributeur communautaire (DC), marquée par un statut temporaire, combinée à des modalités de recrutement largement fondées sur des relations d'affinité, a des répercussions importantes sur leur reconnaissance sociale et professionnelle. Sur le plan social, bien qu'ils soient parfois perçus comme des acteurs engagés et utiles au sein des communautés, les DC sont souvent considérés comme de simples bénévoles ou comme des intervenants occasionnels, ce qui tend à fragiliser leur légitimité et leur autorité dans l'espace communautaire. Sur le plan professionnel, l'absence d'un cadre statutaire clairement défini et d'une reconnaissance formelle de la part de l'administration sanitaire contribue à leur marginalisation institutionnelle, en dépit de l'ampleur et de la complexité des responsabilités qui leur sont confiées. Dans ce contexte, la question de la reconnaissance sociale et professionnelle des distributeurs communautaires apparaît centrale, dans la mesure où elle influence directement leur motivation, leur fidélisation et, in fine, la qualité des services qu'ils fournissent. Ces résultats corroborent d'auteurs tels que Delacollette *et al.*, (1996), qui, dans une étude sur l'utilisation des agents de santé communautaires (ASC) pour le contrôle du paludisme en République démocratique du Congo, avaient déjà montré que « la position ambiguë des ASC dans le système de santé constituait un facteur compromettant la pérennité de l'intervention ».

3.2. Arbitrages entre normes officielles et pratiques dans la mise en œuvre de la CPS

Nos résultats révèlent que la mise en œuvre de la CPS au niveau local met en évidence d'importants écarts entre le dispositif tel qu'élaboré par les instances nationales et internationales et sa traduction effective dans les pratiques des acteurs. Alors que le cadre prescrit de la CPS repose sur des protocoles standardisés, l'action des distributeurs communautaires (DC) s'inscrit dans des contextes marqués par de multiples contraintes organisationnelles, financières, socioculturelles et sécuritaires. Confrontés à ces réalités, les DC développent des stratégies d'adaptation pragmatiques, le plus souvent informelles et non institutionnalisées. L'analyse de ces ajustements met en lumière les tensions structurelles entre normes institutionnelles et pratiques sociales effectives. Loin de relever de simples dysfonctionnements, ces écarts constituent des réponses contextualisées à des contraintes complexes et révèlent les limites d'un modèle de mise en œuvre fondé sur une rationalité technico-bureaucratique peu attentive aux dynamiques locales. Ces résultats rejoignent ceux d'auteurs tels qu'Olivier de Sardan (2011), qui, dans son étude sur le développement, les modes de gouvernance et les normes pratiques, souligne que :

Le mode de gouvernance développementiste relève d'une approche « externe » de la réforme des politiques publiques en Afrique, qu'il tente d'impulser par son action propre, d'une part, et, d'autre part, par les conditionnalités, formations et techniques de management qu'il exporte vers les autres modes de gouvernance publics. On peut être légitimement sceptique sur les chances de succès de réformes venues de l'extérieur. Ce scepticisme se renforce si l'on considère que celles-ci s'exercent essentiellement par le biais des normes officielles. Inversement, on voit mal

des réformes réussir si elles ne sont pas portées par des réformateurs de l'intérieur. En particulier, seuls ceux-ci sont à même de « jouer » dans l'espace entre normes officielles et normes pratiques (p. 19).

Par ailleurs, les résultats révèlent que certains distributeurs communautaires (DC) développent des stratégies d'adaptation pour faire face aux contraintes opérationnelles rencontrées lors de la mise en œuvre de la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS), notamment la charge de travail élevée, les conditions climatiques difficiles ou encore les refus de certains parents. Parmi ces stratégies figurent des pratiques telles que la falsification de données, l'élimination de médicaments non administrés ou la délégation de l'administration du traitement aux parents sans observation directe. Toutefois, ces stratégies d'adaptation soulèvent d'importantes questions éthiques. Les DC sont investis d'une responsabilité professionnelle qui implique le respect des protocoles du programme, la fourniture d'une information adéquate aux parents et l'administration correcte des médicaments. Lorsque les contraintes du terrain conduisent les DC à écourter les explications, à insister fortement auprès de parents réticents ou à adapter certaines étapes du protocole, ces pratiques traduisent une tension entre les impératifs programmatiques (atteinte de cibles de couverture élevées) et les responsabilités professionnelles des DC, qui incluent le respect des procédures, la transparence dans le *reporting* et la garantie d'une administration appropriée des médicaments. Certaines pratiques observées soulèvent par ailleurs des enjeux éthiques spécifiques. La falsification de données compromet l'intégrité du système d'information sanitaire et peut fausser l'évaluation de la performance du programme. De même, l'élimination de médicaments ou la délégation de leur administration aux parents sans observation directe peuvent contrevenir aux protocoles établis, qui visent à garantir la bonne administration du traitement et la sécurité des enfants.

Au-delà des enjeux éthiques individuels, ces stratégies d'adaptation peuvent également avoir des implications plus larges pour la santé publique. La falsification des données peut conduire à une surestimation de la couverture réelle de la CPS, limitant ainsi la capacité des programmes à identifier les lacunes et à ajuster leurs stratégies de mise en œuvre. Par ailleurs, l'administration non observée ou l'élimination de médicaments peuvent compromettre l'efficacité de l'intervention, en réduisant l'adhésion au traitement ou en entraînant un gaspillage de ressources médicales. Dans un contexte où la CPS constitue une stratégie clé de prévention du paludisme chez les enfants, ces pratiques pourraient, à terme, affaiblir l'impact global du programme. Cependant, l'une des limites de cette étude réside dans son caractère monocentrique, celle-ci ayant été menée uniquement dans la commune de Bobo-Dioulasso, dans des contextes urbains et périurbains. Les dynamiques organisationnelles, les relations entre distributeurs communautaires et populations, ainsi que les contraintes opérationnelles observées peuvent être influencées par les caractéristiques spécifiques de ce contexte local, notamment la densité de population, l'accessibilité des ménages, l'organisation du système de santé local et le niveau d'exposition des communautés aux interventions de santé publique.

Conclusion

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique au Burkina Faso, en particulier chez les enfants de moins de cinq ans, qui constituent la population la plus vulnérable. C'est dans ce contexte que la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) a été introduite et

intégrée aux politiques nationales de lutte contre le paludisme. La mise en œuvre de la CPS repose principalement sur une approche communautaire visant à rapprocher les services de santé des populations cibles. Au cœur de ce dispositif figurent les distributeurs communautaires (DC). Cependant, le rôle de ces derniers est le plus souvent envisagé sous un angle strictement fonctionnel, sans analyse approfondie de leur statut, de leur reconnaissance sociale et institutionnelle, ni des contraintes auxquelles ils sont confrontés et des stratégies d'adaptation qu'ils développent dans l'exercice de leurs activités. Cette étude met en lumière le rôle central des DC dans la mise en œuvre de la CPS au Burkina Faso, en mettant l'accent sur leur reconnaissance, les contraintes rencontrées et les stratégies d'adaptation mobilisées au quotidien.

Les résultats montrent que, dans la pratique, les distributeurs communautaires évoluent dans un contexte marqué par la précarité professionnelle, l'absence de statut formel et une reconnaissance institutionnelle limitée. Par ailleurs, leur action est entravée par de multiples contraintes d'ordre organisationnel, financier, socioculturel et sécuritaire, qui limitent l'efficacité globale de la mise en œuvre de la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS). Ces contraintes favorisent également l'émergence de stratégies d'adaptation informelles, mettant en évidence les écarts entre les normes officielles du programme et les pratiques effectivement observées sur le terrain. Loin de constituer de simples dysfonctionnements, ces ajustements révèlent les limites d'une approche top-down peu attentif aux réalités locales et soulignent la nécessité de considérer les pratiques effectives des acteurs comme un élément central de l'évaluation et de la planification des interventions de santé communautaire.

Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la reconnaissance institutionnelle des distributeurs communautaires (DC) en valorisant formellement leur contribution dans les politiques et programmes nationaux de lutte contre le paludisme. L'amélioration des incitations, financières et non financières, ainsi que leur intégration plus systématique dans les mécanismes locaux de gouvernance sanitaire, pourrait renforcer leur reconnaissance sociale et professionnelle. Par ailleurs, une meilleure adaptation de l'organisation des campagnes de chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) apparaît indispensable, notamment par un recrutement officiel des DC sur la base de critères objectifs, une révision de leur charge de travail, le renforcement des équipes de distribution dans les zones à forte densité de population, et la mise en place de mécanismes de suivi et de retour d'expérience permettant d'identifier les contraintes opérationnelles et d'ajuster les stratégies de mise en œuvre. Ces mesures pourraient non seulement améliorer la motivation et la rétention des DC, mais également renforcer l'efficacité et la pérennité des campagnes de CPS.

Cependant, conscients des limites liées à la portée et à la généralisation d'une étude monocentrique menée dans la commune de Bobo-Dioulasso, nous reconnaissons que la généralisation directe des résultats à d'autres contextes doit être envisagée avec prudence. Les conditions de mise en œuvre de la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) peuvent varier considérablement entre les milieux urbains, périurbains et ruraux au Burkina Faso, ainsi que dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest. Dans les zones rurales, par exemple, les distances entre les ménages, les contraintes de transport ou encore les modes d'organisation communautaire peuvent influencer à la fois les pratiques des distributeurs communautaires et

les formes de stratégies d'adaptation qu'ils développent face aux contraintes du terrain. Toutefois, bien que les résultats ne puissent être généralisés de manière statistique à l'ensemble des contextes de mise en œuvre de la CPS, ils offrent des enseignements analytiques importants sur les dynamiques locales de mise en œuvre. Les défis liés à la charge de travail, à la pression pour atteindre des objectifs de couverture élevés ou aux interactions avec les parents sont susceptibles de se retrouver dans d'autres contextes similaires. À ce titre, les résultats de cette étude contribuent à éclairer les mécanismes par lesquels les acteurs de première ligne adaptent les protocoles des programmes de santé publique aux réalités du terrain. Ainsi, cette étude apporte une compréhension approfondie des pratiques et des dilemmes rencontrés par les distributeurs communautaires dans un contexte urbain et périurbain, tout en soulignant la nécessité de mener des recherches complémentaires dans d'autres contextes géographiques et organisationnels, notamment en milieu rural, afin de mieux apprécier la variabilité des pratiques et de renforcer la transférabilité des résultats.

Liens d'intérêts :

l'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cet article.

Références bibliographiques

- Delacollette, C., Van der Stuyft, P. & Molima, K., (1996). Using community health workers for malaria control : experience in Zaire. *Bull World Health Organ.* 74(4) : 423-430 [<https://iris.who.int/handle/10665/264186>].
- Dicko, A., Diallo, A. I., Tembine, I., Dicko, Y., Dara, N., Sidibé, Y. & Greenwood, B., (2011). Intermittent Preventive Treatment of Malaria Provides Substantial Protection against Malaria in Children Already Protected by an Insecticide-Treated Bednet in Mali : A Randomised, Double-Blind, Placebo Controlled Trial, in *PLOS Medicine.* 8(2), pp 01-14 [<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000407>].
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), Burkina Faso. Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (5e RGPH), 2019. Institut National de la Statistique et de la Démographie – Ministère de l'Economie et des Finances
- Koudougou, G. L., (2025). Vécu de la communication en santé autour de la « chimioprévention du paludisme saisonnier » dans la Commune de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Thèse de doctorat en socio-anthropologie, Université Nazi BONI/ Burkina Faso, 286 p
- Koudougou, G. L., Ouoba, J., Paré, L. & Toé P., (2025). Résilience du système de santé face aux crises sécuritaire et humanitaire au Burkina Faso : l'innovation au cœur de l'offre de la chimioprévention du paludisme saisonnier, in *Revue DJIBOUL.* Acte de Colloque Remous et changements sociopolitiques en Afrique : regards croisés des sciences humaines, des lettres et des arts (Université Nazi BONI), pp 50-63
- Koudougou, G. L., Paré, L., Barry, N. & Toé P., (2024). Barrières et facilitateurs de l'adoption de la chimio prévention du paludisme saisonnier au Burkina Faso », in *Revue Infundibulum Scientific*, 7(6), pp. 60 77 [<https://infundibulum-scientific.org/papers/volume-7/issue-1/barrieres-et-faciliteurs-de-ladoption-de-la-chimio-prevention-du-paludisme-saisonnier-au-burkina-faso/>].

- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) du Burkina Faso (2023), *Annuaire Statistique 2023*, 411 p. Disponible en ligne à l'adresse : (www.insd.bf)
- Olivier de Sardan, J. P., (2010). Développement, modes de gouvernance et normes pratiques (une approche socio-anthropologique), *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, 31(1-2), pp 5-20. Disponible en ligne à l'adresse suivante : [<http://dx.doi.org/10.1080/02255189.2010.9669327>].
- Organisation Mondiale de la Santé (2025), *Rapport 2025 sur le paludisme dans le monde*. Genève : OMS, 212 p
- Organisation Mondiale de la Santé, (2021). *Rapport 2021 sur le paludisme dans le monde*. Genève, OMS, 322 p
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). Recommandation de politique générale de l'OMS : *chimio-prévention du paludisme saisonnier pour lutter contre le paludisme à plasmodium falciparum en zone de forte transmission saisonnière dans la sous-région du Sahel en Afrique*. Organisation mondiale de la Santé. Genève. En ligne à l'adresse URL : [<https://iris.who.int/handle/10665/337982>].
- Pirès, A., (1997). « Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », in Poupard Deslauriers, Groulx Laperrière, Mayer Pires, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, pp. 113 169. Montréal : Gaëtan Morin, Éditeur 1997, 405 p.

© 2026 KOUDOUGOU, Licensee Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.