



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (Issue 1)
January (janvier) - June (juin) 2025

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

<http://revue-rasp.org>

Rédacteur en Chef / Editor in chief

Pr. Olivier Douville, psychanalyste, psychologue clinicien, anthropologue, maître de conférences hors cadre, Université de Paris, rédacteur en chef de la revue psychologie clinique et rédacteur en chef de la RASP (France) ;

Rédacteurs en Chef Associés / Senior Associates Editors

Pr Galy Kadir Abdelkader (HDR) Psychopédagogue, Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger);

Pr Soumaila Oulalé, Faculté des Sciences Sociales, Université de Ségou (Mali).

Managing Editor / Rédacteur Scientifique

Dr Maciré Kanté, Senior Research Associate, University of Johannesburg, Johannesburg, South Africa.

Comité de rédaction

Pr. Pierre Philippe Rey, Professeur émérite, Université de Paris 8;

Pr. Bourama Kansaye, ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique, Mali ;

Pr. Galy Kadir Abdelkader (HDR) Psychopédagogue Université Abdou Moumouni de Niamey ;

Pr. Soumaila Oulalé, Centre d'Expertise et de Recherche Appliquée pour le Développement, Université de Ségou (Mali);

Pr. Abdoulaye Niang, Université Gaston Berger de Saint Louis du Sénégal ;

Pr. Soumaya Naamane Guessous, sociologue, Université, Casablanca ;

Pr. Adégné Niangaly, Médecin spécialiste de santé communautaire, Directeur de recherche, Santé Publique ; Institut National de Santé Publique, Bamako, Mali ;

Pr. Anoua Adou Serge Judicaël, Département d'Anthropologie et de Sociologie, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire ;

Comité de lecture

Pr. Marie-Claude, Foument, Directrice de publication des cahiers de l'infantile, Université de Paris 13 ; Dr. Kojo Opoku Aidoo, chef de département études Africaines, Université du Ghana, Legon ; Dr. Jaak Le Roy, institut Healthn et, topo, louvain ; , Dr. Assah N'Detibaye, maître assistant, Université de N'Djamena ; Pr. Roch Yao Gnabeli, Université de Cocody, Abidjan ; Mlle. Virginie Dégorge, Université de Paris 7 ; Pr Bourama Kansaye, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, Bamako (Mali) ; Pr. Moustapha Tamba, Université Cheikh Anta Diop, Dakar ; Dr. N'Dongo M'baye sociologue et journaliste, Paris, France ; Dr. Emile Moselly Batamack, Président de l'Université populaire Méroé Africa, Paris ; Dr. Meriem Bouzid, maître de recherche, CNRPAH, Alger; Dr. Faouzia Belhacheim, Université de paris 8 ; Dr Ousmane Touré, maître de recherche, I.N.S.P, Bamako; Pr. Gertrude N'Deko longonda, Université Marien N'gouabi, Brazzaville ; Pr. Moussa Sacko, INSP, Bamako ; Pr. Fatou Sarr, IFAN, Université Cheikh Anta Diop, Dakar ; Dr Soumaila Oulalé, Centre d'Expertise et de Recherche Appliquée pour le Développement, Université de Ségou ; Dr. Ake Djallah Florence Epse. AWOMON, Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire ; Pr Saisonou Zinsou Jacques, Médecin, PhD, Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique et Epidémiologie, Institut Régional de Santé Publique-Comlan Alfred Quenum Ouidah, Université d'Abomey-Calavi/ Bénin ; Dr (MC) Tessougue Moussa dit Martin, Faculté d'Histoire et de Géographie, Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, Bamako, Mali.

Secrétariat de rédaction

Fanta Kanté, Bamako Institute for Research and Development Studies Press, Bamako, Mali; Dr Silamakan Kanté, Bamako

Institute for Research and Development Studies, Bamako, Mali; Dr Mahamadou Kanté, Uppsala University, Uppsala, Suède.

Présentation

La RASP a vu le jour en janvier 2010 avec la parution de son premier numéro : le numéro 00, diffusé uniquement en version papier. La revue a amorcé un tournant important en adoptant la publication en ligne, marquant cette nouvelle étape par une reprise de la numérotation à partir du volume 1 en 2018. La régularité de ses parutions, ainsi que la qualité et la diversité des articles publiés, témoignent de l'engagement de toutes celles et ceux qui lui ont fait confiance : rapporteurs, auteurs, lectrices et lecteurs.

Grâce à la qualité des articles publiés, la RASP a obtenu deux nouvelles indexations en 2025 :

- ✓ African Index Medicus
(<https://indexmedicus.afro.who.int/Journals/Journals%20details/Revue%20Africaine%20des%20Sciences%20Sociales%20et%20de%20la%20Sant%C3%A9%20Publique.html>)
- ✓ EBSCO (<https://www.ebsco.com/>).

Ces indexations confirment l'amélioration continue des articles de la RASP. Le présent numéro (Volume 7, numéro 1) contient vingt-trois articles scientifiques d'auteurs venant de la Côte d'Ivoire, du Burkina Faso, du Mali, de la France, de la République Démocratique du Congo et du Togo.

Enfin, nous souhaitons remercier les rapporteurs et rédacteurs pour leur accompagnement et contribution à la qualité des articles et notes que nous publions.

Chères lectrices et chers lecteurs, nous restons attentifs à vos réactions.

La rédaction

LES OPINIONS EMISES DANS CETTE REVUE N'ENGAGENT QUE LEURS AUTEURS

SOMMAIRE

Articles

Crimes rituels justifiés par le dogme religio-spirituel: facteurs psychosociaux, profil psychologique du criminel et réponse pénale adaptée

Safiou Malnéré Zinzina 1-19

Schéma vaccinal à dose unique contre le HPV en Côte d'Ivoire: position du CNEIV-CI

Alfred Douba 20-35

Importances et Contraintes environnementales socio-économiques de l'exploitation minière au Mali : cas de la mine d'or de Morila s.a dans la commune rurale de sanso, cercle de Koumantou

Modibo Z Coulibaly 36-54

Combattre l' « Exclusion » et reconstruire un rapport à autrui valide.

Olivier Douville 55-65

Acceptabilité des populations au Burkina Faso face au traitement préventif intermittent de la tuberculose: Etude qualitative

Hervé Hien, Yisso Fidèle Bacyé, Herman Badolo, clément Meda, Maxime Drabo 66-77

Santé reproductive des adolescentes en République Démocratique du Congo: Perceptions familiales et analyse des interventions éducatives dans la zone de santé d'Oicha

Louange Vaherwaki Kavugho, Alexis François Bwanga Ngwamah, Jean-Paul Koto-Te-Nyiwa Ngbolua, Basua Babintu Leyka Mukandu, Francoise Kaj Malonga 78-105

Digitalisation en santé au Togo: la complexe adaptation des agents de santé communautaire

Nourou TCHALLA, Kossi Mitronounga KOUMI, Atiyihwè AWESSO 106-120

Fièvre prolongée chez l'enfant au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle de Ouagadougou (Burkina Faso)

Hamidou Savadogo, Lassina Dao, Alain Saga Ouermi, Kpèrè Somé, Diarra Yé 121-128

Analyse des effets néfastes de la culture du cotonnier sur l'environnement dans le cercle de Kita

Boubacar Sidiki DEMBELE, Famagan-Oulé KONATE, Abdoukadi Oumarou TOURE, Mamadou S. DIALLO 129-146

Effets de la corruption et pratiques assimilées sur la qualité du service public de santé dans la ville de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)	
<i>Adama KIEMDE, Augustin PALE</i>	147-163
Facteurs associés à l'intention des parents d'adhérer à la vaccination des enfants contre la covid-19 dans la ville de Ouagadougou en 2023	
<i>Tamini, Ahmed Kaboré, Kisito Nagalo, Diarra Yé, Nicolas Méda</i>	164-172
Les facteurs explicatifs des blessures graves des accidents de la circulation routière dans la ville de Ouagadougou	
<i>Moussa BOUGMA, Jacques Sampo, Sidbewende Théodore Kaboré, Jean-François Kobiané</i>	173-189
Acceptation de la vaccination antipaludique chez les mères d'enfants âgés de 0 à 24 mois à Abidjan, Côte d'Ivoire, en 2023	
<i>Alfred Douba</i>	190-203
Emergence des mototaxis et reconfiguration du transport urbain dans la ville de Bamako au Mali	
<i>Binta TRAORE, Korotoumou SANGARE, Souleymane S. TRAORE</i>	204-211
Morbidité diarrhéique et pratique nutritionnelle chez les enfants de moins de six mois au Burkina Faso en 2021: Analyse de l'influence de l'allaitement maternel exclusif.	
<i>Ousmane Ouedraogo</i>	212-222
Croyances du personnel de santé liées à la vaccination contre la Covid-19	
<i>Gnagoran Kouakou Daniel N'GUESSAN</i>	223-236
Gestion de la grossesse et caractéristiques physiques néonatales chez des jeunes gestantes d'Anyama, espace péri-urbain ivoirien	
<i>Yah Cyntia Céline KOUAME</i>	237-250
Prévalence des troubles hypertensifs de la grossesse dans un contexte de crise sécuritaire dans des Centres Hospitaliers Régionaux de Kaya et Dori, au Burkina Faso	
<i>Franck Garanet, Prisca B Sawadogo, Olivier O Sombié, Jeoffray Diendere, Adama Ouattara</i>	251-258
Etude de la prévalence du portage du plasmodium chez les donneurs de sang dans le district sanitaire de Sélingué, Mali, 2023.	
<i>Cheick Oumar KAMISSOKO</i>	259-272
Savoirs traditionnels et suivi prénatal : La CPN précoce traditionnelle au premier trimestre de la grossesse chez les Agni Djuablin (Côte d'Ivoire)	
<i>ATTIA MICHEL AKABILE</i>	273-287
Connaissance, attitude et pratique des professionnels de la santé sur les réseaux de soins périnatal dans le district sanitaire d'Anyama, Côte d'Ivoire	
<i>Nguessan Luc Olou</i>	288-297
Perceptions des mutualistes de la MUGEF-CI face aux réformes institutionnelles liées à l'implémentation de la CMU à Bouaké (Côte d'Ivoire)	
<i>MIEN-OLAI CAMILLE ADAM KOUAME</i>	298-312
Perceptions et obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes multipares à Kisangani, République Démocratique du Congo	
<i>Jean-Paul Koto-Te-Nyiwa Ngbolua, Mukandu B. F, Wembodinga U. G, Ngbolua K. N, Mbungu M. R.</i>	313-328



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 13 August 2024
Accepted, 2 February 2025
Published, 24 February 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite : Zinzina & Bawa (2025). Crimes rituels justifiés par le dogme religio-spirituel : facteurs psychosociaux, profil psychologique du criminel et réponse pénale adaptée. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(1), 1-19. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.1>

Research

Crimes rituels justifiés par le dogme religio-spirituel : facteurs psychosociaux, profil psychologique du criminel et réponse pénale adaptée

Safiou Malnéré Zinzina¹ ; Ibn Habib Bawa²

¹ École doctorale : Lettres et Humanités (ED 730-LH) / Psychologie Clinique et de la Santé/ Département de Psychologie Appliquée/ Université de Lomé

² Psychologie de l'Éducation et du développement/Département de Psychologie Appliquée/ Université de Lomé

Correspondance : courriel zinzinasafiou@gmail.com; Tél : (+228) 90836559/ +1 (819) 580 0428

Résumé

Le crime rituel, en tant que phénomène complexe inscrit au croisement des dimensions religieuses, sociales et psychologiques, suscite un intérêt grandissant au sein de la communauté académique et de la société. En effet, le terme lui-même évoque des pratiques mystiques, souvent associées à des croyances religio-spirituelles, engendrant des actes qui transcendent les frontières conventionnelles du comportement criminel. L'étude approfondie de cette thématique revêt une pertinence particulière, car elle offre une fenêtre unique pour comprendre les dynamiques culturelles, les influences psychosociales et les profils psychologiques qui sous-tendent ces actes déviants. Les crimes rituels, souvent justifiés par des dogmes religio-spirituels, représentent une facette sombre et énigmatique de la nature humaine. Cet article se concentre sur le crime rituel justifié par le dogme-religio-spirituel, en mettant l'accent sur trois aspects principaux : les facteurs psychosociaux, le profil psychologique des criminels impliqués et les réponses pénales appropriées.

Mots clés : crime rituel, dogme religio-spirituel, facteurs psychosociaux, profil psychologique et réponse pénale.

Abstract :

Ritual crime, as a complex phenomenon at the crossroads of religious, social and psychological dimensions, is attracting growing interest in the academic community and in society at large. The term itself evokes mysterious practices, often associated with religio-spiritual beliefs, resulting in acts that transcend the conventional boundaries of criminal behavior. The in-depth study of this theme is of particular relevance, as it offers a unique window onto the cultural dynamics, psycho-social influences and psychological profiles underlying these deviant acts. Ritual crimes, often justified by religio-spiritual dogmas, represent a dark and enigmatic facet of human nature. This article focuses on ritual crime justified by religio-spiritual dogma, emphasizing three main aspects: psycho-social factors, the psychological profile of the criminals involved and appropriate penal responses.

Keywords: ritual crime, religio-spiritual dogma, psychosocial factors, psychological profile and penal response

1.Introduction

La réalité des crimes rituels justifiés par le dogme religio-spirituel se dévoile comme une énigme complexe. Le phénomène du crime rituel en Afrique est complexe et nécessite une compréhension approfondie de ses origines, de ses dynamiques sociales et de ses implications. Ce phénomène complexe et multifacette demeure un sujet d'étude crucial englobant des pratiques traditionnelles (Labouret, 1941), des croyances ancestrales (Danjou, 1902), et des manifestations contemporaines (Masungh-Ma-Ntchandi, 2022). Ces crimes rituels, allant de cérémonies inoffensives à des actes criminels graves, ont suscité un vif intérêt académique et soulevé des questions éthiques, socioculturelles et juridiques au sein des sociétés africaines.

En effet, ancrées dans une histoire riche et diversifiée, les pratiques rituelles en Afrique sont souvent intimement liées aux systèmes de croyances locaux, aux traditions religieuses et aux rites de passage (Collignon *et al.*, 1983). Cependant, certaines manifestations de ces rituels ont évolué vers des actes criminels (Picard, 2016, p. 260-266 ; Soudan et Pauron, 2014), notamment des enlèvements, des meurtres, et des mutilations avec prélèvement de certains organes du corps (Mary, 2018), générant ainsi des débats intenses sur la frontière entre la tradition et la transgression.

Problématique

Les racines du crime rituel en Afrique remontent à des pratiques traditionnelles, spirituelles et religieuses (Adler, 1998 ; Mary, 2018). À cet effet, le crime rituel est parfois lié à des dynamiques sociales et économiques, notamment la pauvreté, la marginalisation sociale et l'absence d'accès à l'éducation (Baeke, 1986 ; Ebang Ondo, 2010 ; Fall, 2018).

Par ailleurs, dans certains cas, des individus souvent vulnérables peuvent être ciblés en raison de la croyance que leur sacrifice apportera la prospérité ou la protection (Ebang Ondo, 2010 ; Fall, 2018 ; Janicka, 2012 ; Mary, 2018 ; Masungh-Ma-Ntchandi, 2022 ; Missié, 2011 ; Robert, 1977 ; Rodler, 2012).

Malgré son implication dans des pratiques culturelles et religieuses diverses, le phénomène du crime rituel est intrinsèquement lié à la personnalité du criminel. Il s'agit alors d'explorer les interconnexions entre ces deux aspects, en examinant comment la psychologie individuelle, les facteurs socioculturels et les croyances religieuses peuvent converger pour donner naissance à des actes criminels rituels (Devereux *et al.*, 1983).

Ainsi, cela nous permet d'aborder une origine du crime rituel liée à la jonction de la culture et la psychologie individuelle du fait que les crimes rituels, souvent ancrés dans des traditions séculaires, sont le produit de dynamiques socioculturelles complexes. La psychologie individuelle des criminels impliqués dans de tels actes doit être examinée dans le contexte de ces origines culturelles (Autès, 1971; Devereux *et al.*, 1983; Marc, 1972; Soriano, 1972). Comme suggérer, dans la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977), le comportement criminel peut être appris au travers d'observations et d'imitations au sein de la société. Ainsi, les individus peuvent être conditionnés à participer à des crimes rituels par le biais de normes culturelles et de croyances transmises au fil des générations (Devereux *et al.*, 1983). À ce titre, il est alors pertinent d'axer la recherche sous l'angle d'une analyse de la personnalité des criminels impliqués dans des crimes rituels selon l'approche de Leyton (1986) et de Devereux *et al.*, (1983) concernant l'identification du rôle de la société et de la culture dans la construction de l'identité de la personne criminelle. De plus, les études de Hare et Hart (1993) et Holmes *et*

De Burger (1988) montrent que ces criminels sont caractérisés par un manque d'empathie, des comportements impulsifs et une propension à la manipulation couplée des actes criminels violents.

D'ailleurs, les criminels impliqués dans des crimes rituels peuvent présenter des traits psychopathologiques exacerbés, alimentant leur propension à justifier des actes extrêmes au nom de croyances religieuses ou culturelles (Holmes et De Burger, 1988). De là, les croyances religieuses jouent alors un rôle déterminant dans la justification des crimes rituels. Ainsi, en se référant aux travaux de Goodman (2022) et James (1902), on perçoit clairement comment les croyances influencent le comportement humain, et dans le contexte des crimes rituels, la religion peut servir de justification morale pour des actes perçus comme sacrés ou nécessaires (Holmes et De Burger, 1988 ; Holmes et Holmes, 2010). Ces auteurs soulignent l'impact profond des expériences religieuses sur la psychologie individuelle, et cette dynamique peut être amplifiée dans le cas des criminels rituels.

Dans cette même logique, la personnalité étant le résultat des interactions entre la disposition biologique et la culture (Baechler, 2009 ; Klineberg, 1963 ; Plivard, 2014), les criminels impliqués dans des crimes rituels vivent et opèrent souvent au sein de groupes ou de communautés partageant des croyances similaires (Holmes et De Burger, 1988).

En effet, les dynamiques de groupe et les pressions sociales peuvent jouer un rôle majeur dans la commission de ces crimes. Dans la majorité des cas, les criminels ont des complicités, des commanditaires qui constituent des réseaux de pressions sociales comme le souligne Asch (1955) dans la théorie du conformisme en psychologie sociale, repris par Fischer (2020), Nugier et al. (2009) et Nugier et Chekroun (2021). Cette théorie montre comment les individus peuvent céder à la pression du groupe et adopter des comportements déviants (Holmes et De Burger, 1988), renforçant leur engagement dans des actes souvent perçus comme nécessaires pour maintenir l'unité et la cohésion du groupe. Dans cette dynamique, il s'avère alors que l'acte criminel n'est plus individuel, mais le fruit de convergence d'actions d'un groupe de criminels composé de commanditaires, d'exécutants et des complices. C'est justement pour cette raison que la compréhension de la personnalité des criminels impliqués dans des crimes rituels est nécessaire pour élaborer la typologie (Douglas *et al.*, 1995) et des réponses institutionnelles par des programmes de traitement adaptés. Les approches pénales et judiciaires doivent être informées par une compréhension approfondie des mécanismes psychologiques à l'œuvre comme le souligne Eysenck (1964) dans ses travaux sur la criminalité et la personnalité en relevant l'importance de considérer la psychologie individuelle dans le cadre des interventions pénales. Il faut alors mentionner la place primordiale de l'interaction des professionnels de justice détenteurs de l'application des textes juridiques et les praticiens psychologues susceptibles de mieux connaître ces criminels afin d'orienter une réponse pénale satisfaisante et adéquate (Brodeur & Leman-Langlois, 2011 ; Foucault, 1975) comme l'indiquent et le proposent Brodeur & Leman-Langlois (2011), Harbonnier (2006), Przygodzki-Lionet (2012) et Viaux (2003). Cette interaction entre ces deux spécialités fait référence aux travaux de Brodeur & Leman-Langlois (2011) et Foucault (2003) qui estiment que la fonction pénale à travers l'incarcération consiste non seulement à punir, mais aussi à surveiller et à soigner. Il ne s'agit pas de s'inscrire dans un registre de favoritisme en affirmant d'emblée que tous les détenus en particulier les criminels sont des souffrants ou des « malades », mais il s'agit de reconnaître que ceux sont des gens qui posent des actes contraires à ce que la norme sociétale a établi comme conduite normale. Ce faisant, on estimera qu'il y a un problème et donc l'intervention psychologique s'inscrira dans ce second champ afin d'apporter l'expertise nécessaire non seulement pour aider la justice à mieux comprendre les implications psychosociales et le profil

psychologique du criminel, mais aussi pour soigner ce dernier dans la logique d'une conversion positive et une meilleure réinsertion sociale au cas où il bénéficierait d'une liberté.

Pour l'instant, il faut reconnaître que le crime rituel est devenu un fléau en Afrique (Missié, 2011 ; UNESCO Libreville, 2009) devant l'impuissance et le silence coupable des autorités (AJ+ français et Nsabimana, 2020 ; Soudan et Pauron, 2014). Dans "*jeune Afrique*", Soudan et Pauron (2014) écrivent : « crimes rituels : sur l'autel de la puissance et de l'impunité ». Dans cet article, les auteurs relient la recrudescence des crimes rituels (enfants kidnappés, albinos massacrés, cadavres mutilés, trafics d'organes humains...) à la veille de chaque élection et à s'attirer de la fortune et du pouvoir. Selon Ebang Ondo (2010), il est devenu un problème d'enjeu sociétal, car récurrent au Gabon ; dans le résumé de son livre intitulé : *Manifeste contre les crimes rituels au Gabon*, on peut lire en ces mots :

« ...il ne se passe pas une semaine sans que l'on ne découvre des corps mutilés et vidés de leur sang chez nous ... ».

Le même phénomène est observé au Nigéria avec des cas d'enfants pilés à mort dans les mortiers, les cas d'extractions de sang, de prélèvement d'organes, des viols et sodomies suivis de meurtre dans le but d'attirer de l'argent et du pouvoir (Africa 24, 2018 ; Direction des recherches, Commission de l'immigration et du statut de réfugié, Ottawa, 2005 ; United Nations High Commissioner for Refuge (UNHCR), 2005). Les formes d'infanticides comme le cas des jumeaux sacrifiés dans le groupe ethnique Basso Komo dans le village de Kaïda situé à 50 km au sud-ouest d'Abudja. Le crime rituel observé prend deux facettes au Bénin, il y a d'une part ceux qui sont à la recherche des organes et de sang pour fabriquer des savons et huiles mystiques (Africa News, 2020) pour attirer de l'argent et la protection et d'autre part ceux communément appelés « Gayman » qui sont en réalité des cybercriminels et des escrocs, mais qui sont à la recherche d'organes et de sang humain pour faire des sacrifices et rituels dans le but de se protéger et avoir la chance d'escroquer à volonté leurs cibles (Agbon, 2023; Bazare et al., 2017; Lauvergnier, 2018; New World TV, 2020; Tiassou, 2020; Zinzina & Kouassi, 2021). Par ailleurs, la situation de crime rituel n'épargne pas le Togo. Des cas similaires comme décrits dans les pays voisins ont été observés et certains relevés dans les communiqués de presse et des témoignages de corps sans vie retrouvés dans des états inimaginables avec prélèvement d'organes (le cœur, le sang, le sexe, les intestins, les yeux, la langue, la tête...) (Armon, 2021 ; Lauvergnier, 2018 ; Togo Infos, 2020).

Les investigations de la police et de la gendarmerie ont permis de retrouver quelques auteurs de ces crimes (Togo Infos, 2020) qui sont présentés devant la justice et après procès, ils sont condamnés à des peines variées selon leurs responsabilités devant les faits.

Notons que, l'État togolais a pris des mesures pour lutter contre toutes formes de crimes notamment le crime rituel, en promulguant des lois et en sensibilisant le public aux dangers de ces pratiques. Ainsi, la constitution togolaise qui est la loi fondamentale accorde une place importante à la vie de l'être humain. Il est inscrit au titre II : des droits, libertés et devoirs des citoyens en son sous-titre I : des droits et libertés à l'article 13 que :

« L'État a l'obligation de garantir l'intégrité physique et mentale, la vie et la sécurité de toute personne vivant sur le territoire national. Nul ne peut être arbitrairement privé ni de sa liberté ni de sa vie »¹

¹ (La Constitution de la IV^e République togolaise. Adoptée par Référendum le 27 septembre 1992, promulguée le 14 octobre 1992, révisée par la loi n°2002-029 du 31 décembre 2002 modifiée par la loi n°2007-008 du 7 février 2007 et modifiée par la loi n° 2019 - 003 du 15 mai 2019, 1992, p. 7) .

Cette disposition constitutionnelle démontre que la vie humaine est sacrée au Togo. Dans les mêmes perspectives, le Code pénal togolais² (République togolaise, 2015) punit tout auteur de meurtre de 20 à 30 ans de réclusion criminelle lorsque le crime est commis dans un but rituel, mystique ou d'anthropophagie.

Malgré ces différentes dispositions juridiques existantes avec l'implication active des organisations non gouvernementales et les défenseurs des droits de l'homme dans la sensibilisation de la population, l'assistance aux victimes et aux familles, et en plaidant en faveur de politiques plus strictes pour combattre le phénomène, la société est confrontée à la recrudescence des crimes dits « rituels ». Cette forme de criminalité est opérée par des personnes dotées d'une logique de pensées et de spiritualité basée sur le sacrifice humain. Ainsi dans l'exercice de notre fonction de psychologue clinicien en milieu carcéral 2015-2020, nous avons reçu en consultation psychologique des détenus condamnés, inculpés et prévenus pour crimes rituels. Il s'agit des personnes qui ont avoué avoir entretenu des rapports sexuels avec des filles mineures et vierges dans le but d'acquérir des pouvoirs mystiques et/ou de soutirer la toute-puissance de ces jeunes filles innocentes afin d'atteindre certaines sphères mystiques. Certains détenus ont affirmé avoir tué à titre personnel et/ou sur demande d'un commanditaire des personnes handicapées, malades mentaux et/ou bossus et recueillir le sang et/ou prélever certains parties ou organes du corps pour des rituels conduisant à la richesse, à la puissance et/ou à la nomination à des postes de responsabilités.

Dans cette dynamique, nous avons reçu des détenus qui ont affirmé que leur croyance religieuse et spirituelle les obligeait par le biais de leurs gourous ou maîtres spirituels à chercher des os humains (pièces détachées humaines) pour faire des sacrifices afin d'accéder au pouvoir, à la richesse et à la classe sociale prestigieuse et/ou même de protéger leurs richesses ou leur famille. Cette catégorie de personnes est détenue pour la profanation des tombes. Un enseignant du court primaire détenu à la prison civile d'Aného a affirmé en ces termes :

« À part le travail d'enseignant, je suis aussi un prêtre traditionnel reconnu dans le village. J'ai été moi-même un élève brillant dans le temps, et je l'ai hérité de mon père. Un parent d'élève est venu me demander d'aider son enfant à être intelligent. Il souhaite que son enfant soit le premier du centre aux examens du CEPD.

Sa demande nécessite des matériels pour rendre son enfant intelligent. Oui c'est possible de rendre intelligent quelqu'un spirituellement, mais pour le faire j'ai besoin d'un crâne humain. Alors, j'ai demandé au parent de me trouver la pièce maîtresse et quand il est allé déterrer le corps au cimetière, les villageois l'ont appréhendé et c'est là qu'il a filé mon nom et je suis arrêté aussi... »

Suite aux propos de cet instituteur, il nous a semblé essentiel de nous pencher sur la question pour comprendre le phénomène du crime rituel dans sa diversité. Cette problématique émane ainsi de la nécessité de démystifier le crime rituel, non seulement en sondant les racines psychosociales qui le nourrissent, en éclairant les profils psychologiques des individus qui s'y engagent, et, mais aussi en explorant les voies d'une réponse pénale véritablement adaptée.

L'objectif fondamental de cet article est double : déterminer les facteurs psychosociaux qui sous-tendent les crimes rituels justifiés par le dogme religio-spirituel en explorant le profil psychologique et les mécanismes psychologiques et sociaux qui conduisent à la perpétration de tels actes afin de proposer une réponse pénale plus holistique.

² (Loi N° 2015-10 du 24 novembre 2015, portant nouveau code pénal du Togo, 2015, p. 33)

1. Méthodologie

L'étude s'est déroulée en milieu carcéral dans sept (7) prisons civiles de deux régions administratives du Togo à savoir la région maritime (la prison civile d'Aného, la prison civile de Lomé, la prison civile de Tsévié et la prison civile de Vogan) et la région des plateaux (la prison civile d'Atakpamé, la prison civile de Kpalimé et la prison civile de Notsè). La population d'étude est constituée de toute la population carcérale du Togo sans distinction de sexe, de race, de nationalité, d'ethnies et qui est en détention au moment de la réalisation de notre étude, soit quatre mille deux cent trente-sept (4237) détenus en février 2023. Il faut noter que ce nombre n'est pas statique, car les entrées et les sorties en milieu carcéral ne sont pas proportionnelles. La population ciblée est celle des personnes détenues pour des crimes reconnus par le Code pénal du Togo et qui sont condamnés. Les inculpés et les prévenus ne font pas partie de notre cible, car jusque-là, ces derniers jouissent de la présomption d'innocence donc ne sont pas encore reconnus coupables des faits.

Après une synthèse des concepts littéraires montrant une absence de classification des différents crimes rituels dans la recension littéraire, nous avons élaboré et proposé une classification des différents types de crimes rituels tels qu'observés au Togo. Cette classification tient compte des motivations et objectifs poursuivis par les personnes criminelles.

1.1. Repères terminologiques et cadre conceptuel

1.1.1. Crimes sexuels à caractères rituels.

Ces crimes impliquent généralement des actes criminels comme des agressions sexuelles, des abus sexuels, des viols, l'inceste ou d'autres crimes de nature sexuelle commis dans le cadre de rituels souvent liés à des croyances religieuses ésotériques ou culturelles. Il s'agit des actes sexuels perpétrés dans le but de satisfaire des pratiques rituelles spécifiques, mais cela ne signifie nécessairement pas qu'ils sont acceptés socialement ou légalement. Ces crimes sont souvent motivés par des facteurs comme des croyances, des idéologies ou des cultes partagés par un groupe de personnes.

1.1.2. Infanticides rituels.

Ils s'agissent des meurtres délibérés d'un enfant à bas âge lié à des pratiques rituelles, souvent associées à des croyances particulières de la part de l'auteur et de ses complices. Ces actes sont dotés d'une violence, d'une animosité, d'une cruauté et d'une barbarie qui consistent à piler l'enfant vivant dans un mortier, ou à l'égorger afin de recueillir le sang. Il en a qui consiste à infliger une torture physique et psychologique à l'enfant en le privant de l'eau et de nourriture pendant des jours afin que sa mort s'ensuive.

1.1.3. Homicides volontaires avec prélèvement d'organes.

Il s'agit de donner la mort volontairement à autrui par ou suivi de prélèvement d'organes à des fins rituelles. Cette catégorie de crimes comporte deux facettes. La première est plus brute et douloureuse, car le(s) criminel(s) procède(nt) au prélèvement de l'organe et c'est suite à cet acte que la personne rend l'âme. Donc c'est l'acte de prélever l'organe qui provoque la mort de la victime. Les organes les plus recherchés sont la bosse, les organes sexuels, le sang, la tête, la langue, le cœur, le rein... etc. La seconde facette de ce crime consiste à d'abord tuer la victime avant de procéder au prélèvement d'organes. Soit la victime est étranglée ou reçoit un coup mortel avant d'être décapitée ou que les organes soient prélevés.

1.1.4. Profanation de tombes.

La profanation de tombes est l'acte volontaire de violer, d'endommager ou de perturber des sépultures, des tombes ou des cimetières afin de collecter les « pièces détachées » ou des os d'un défunt à des fins rituelles. Le nom « pièces détachées » est le nom codé des criminels pour masquer l'appellation de squelette humain. La spécificité dans ce type de crime est que cette

profanation est souvent ciblée. Le criminel ne profane pas n'importe quelle tombe. Il cible premièrement les tombes des personnes célèbres dans différents domaines de la vie ou les gens ayant des particularités qui leur ont permis d'être spécifiques ou différents à leur vivant. En second lieu, la profanation vise les objets funéraires comme les objets d'art, les cristaux et les métaux, car dans certaines cultures, les hommes célèbres sont enterrés avec des objets de valeurs.

1.1.5. La fratricide rituelle.

C'est généralement le meurtre planifié d'un frère ou d'une sœur ou d'un membre de la famille à de fins rituels. Dans ce cas, plusieurs membres de la famille peuvent ou pas être des complices ou être impliqués dans la planification et la mise à mort de la victime. Il s'agit parfois des rites pour sauver l'honneur familial. C'est un crime commis pour permettre à un membre de la famille de posséder de la richesse afin de sortir les autres membres de la famille dans la précarité. Ainsi, l'acte peut être de sacrifier un membre de la famille pour sauver l'honneur familial en analogie à la multidimensionnalité (Schwab, 2017) du « crime d'honneur » sur son axe de prestige social.

1.2.Échantillonnage

L'étude s'est déroulée entre septembre 2021 à décembre 2023 sur huit cent dix-sept (817) personnes détenues pour crimes (homicides volontaires et involontaires, viol, pédophilie, profanation de tombe, infanticide, trafic d'enfants...), dont cent cinq (105) détenus pour crimes que nous qualifions de crimes rituels. Sur les cent cinq (105) détenus, soixante-seize (76) sont condamnés et soixante-huit (68) ont donné leur consentement pour participer à notre étude. Cependant, les collectes sont faites sur un échantillon de cinquante-quatre (54) personnes, car au fil du temps, certains ont posé des conditions pour participer à notre étude qu'on n'a pas pu honorer ce qui a conduit à leur retrait volontaire du processus. La collecte a commencé en février 2023 et s'est achevée en octobre 2023.

1.3.Instruments de collecte des données

Afin de favoriser la richesse des données, une combinaison de méthodes est envisagée. Cette combinaison devant permettre la triangulation, soit l'utilisation de plusieurs sources de données pour permettre une compréhension plus complète et nuancée du sujet étudié (Horincq Detournay et coll., 2023).

Concrètement, trois stratégies sont mobilisées : 1) pour le profil des personnes criminelles nous avons opter pour le test PDQ-4 de Hyler (1994) qui a servi à dépister et orienter ainsi le diagnostic des troubles de la personnalité, 2) l'entretien individuel avec le guide de l'entretien diagnostique structuré (SCID-5-CV) First et al. (2016) dans sa version française révisée SCID-5-CV de Habersaat et al., (2021) a permis de poser le diagnostic des troubles de la personnalité et 3) nous avons élaboré un guide d'entretien semi-dirigé avec des sections sur l'identité et les informations sociodémographiques, sur la fratrie, sur la récidive, les faits (le passage à l'acte, l'aspect organisationnel du crime, les motivations et l'intention), l'anamnèse du sujet enquêté et d'autres informations utiles à notre recherche.

Ce dernier guide nous a permis de collecter les données qualitatives pour compléter le questionnaire de personnalité PDQ-4 de Hyler (1994) et le guide de l'entretien diagnostique structuré révisé SCID-5-CV de (Habersaat et al., 2021).

Le questionnaire de personnalité PDQ-4 de Hyler (1994) est composé de 99 items. Nous avons assisté les enquêtés lors de l'administration du test. Aussi, tous les items sont retenus pour cette occasion. Les items sont élaborés autour de la manière dont « vous pensez ou vous avez eu

tendance à ressentir les choses, à penser et à agir durant ces dernières années. Les réponses sont « VRAIES » ou « FAUSSES ». Vrai, signifie que cet énoncé est généralement vrai pour vous. Faux signifie que cet énoncé est généralement faux pour vous. Même si vous n'êtes pas tout à fait certain(e) de votre réponse, veuillez indiquer VRAI ou FAUX à chaque question depuis plusieurs années ». Nous tenons à préciser que le PDQ-4+ ne permet pas de poser un diagnostic définitif. Cependant il oriente le diagnostic donc il est utile pour repérer des symptômes qui peuvent indiquer des troubles de la personnalité. Ainsi, ce premier niveau d'évaluation a orienté vers une exploration plus approfondie.

Après analyse des données issues du PDQ-4+ pour identifier les traits de personnalités associés aux troubles de la personnalité selon les critères du DSM-5 (Crocq et al., 2023). Il en ressort de ce premier niveau trois types de personnalités dominantes avec une association ou présence d'autres traits. Nous notons les traits dominants de la personnalité narcissique, de la personnalité borderline et de la personnalité antisociale.

Pour une confirmation de diagnostic, nous avons utilisé le guide de l'entretien diagnostique structuré (SCID-5-CV) de First et al. (2016) dans sa version française révisée qui est SCID-5-CV de Habersaat et al. (2021). Conformément aux résultats préliminaires issus du PDQ-4+, nous avons retenu les critères du DSM-5 permettant d'identifier les comportements en lien avec les conduites narcissiques, borderline et antisociales. Pour une certitude et une validation du diagnostic, nous avons procédé au diagnostic différentiel en évaluant si les symptômes relèvent véritablement d'un trouble de la personnalité narcissique, borderline et antisociale, ou si un autre trouble pourrait être en cause. Selon SCID-5-CV, pour déclarer un trouble de la personnalité narcissique et de la personnalité borderline, il faut au moins cinq critères sur neuf (5/9). Pour un diagnostic de trouble antisocial, il faut trois sur sept critères (3/7).

1.4.Méthodes d'analyse des données

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé les logiciels IBM SPSS Statistics.29.0 pour le calcul des données fréquentielles liées à l'aspect sociodémographique des personnes enquêtées. Pour l'analyse qualitative, nous avons choisi le logiciel NVivo 12 pour le traitement des données qualitatives.

Notre choix de faire une analyse qualitative inductive s'accorde avec l'objectif de notre recherche. Nous nous inscrivons dans une approche empirico-inductive, car elle est pertinente pour notre recherche dans la mesure où nous souhaitons comprendre la manifestation du crime rituel à travers le profil psychologique des personnes qui en sont auteurs dans le contexte spécifique togolais en mettant en exergue les facteurs qui en sont contributeurs.

1.4.1. La technique d'analyse des données liées aux faits (passage à l'acte et à l'aspect organisationnel du crime)

Pour une analyse qualitative des données collectées liées aux faits (le passage à l'acte et à l'aspect organisationnel du crime), nous procédons par une familiarisation avec les données brutes en faisant une immersion ou une « lecture flottante » (Lalancette & Luckerhoff, 2023). Cette phase sert à repérer et recenser les unités de sens qui sont des propos, des expressions et des phrases en lien avec la manifestation des différents types de personnalité issus de l'administration du test de PDQ-4 et SCID-5-CV. Cette phase est appelée la micro-analyse selon Lejeune (2019). Ensuite les unités significatives sélectionnées sont codées et organisées en propriétés ce que (Lejeune, 2019 ; Scott et Medaugh, 2017) appellent codage ouvert. Après cette phase, nous regrouperons les codes similaires pour former des modèles appelés « code axial » d'après Lejeune (2019). Ce processus peut impliquer la révision continue des codes et

l'identification de connexions ou de relations entre eux. Ainsi le codage axial vise l'articulation, deux à deux, de ces propriétés. Enfin, la dernière étape consiste à faire le codage sélectif qui consiste à intégrer, peaufiner et systématiser la théorie.

Cette démarche s'adapte à notre recherche parce qu'elle permet d'explorer de manière approfondie, contextuelle et nuancée le phénomène des crimes rituels tels qu'il s'exprime dans le contexte togolais. Ainsi, nous contribuons à une compréhension holistique du phénomène des crimes rituels, des profils des personnes qui s'y prêtent et les motivations liées à ces actes.

1.4.2. Analyse logico-sémantique

Pour comprendre les facteurs socioculturels qui ont façonné le mode de fonctionnement de ces personnes autrices de crime, nous avons utilisé la technique de l'analyse logico-sémantique pour décrypter l'anamnèse des personnes criminelles.

Selon Bawa (2011), l'analyse de contenu consiste à rendre explicite le contenu d'un message, d'un texte, d'une communication, d'en comprendre le sens en réduisant son volume. C'est donc une méthode d'analyse qui permet de comprendre un texte ou une phrase en faisant ressortir l'élément essentiel. Dans le cas de notre étude, l'élément essentiel serait la compréhension du contenu implicite des discours collectés. C'est en ce sens que Bardin (2013) soutient que l'analyse de contenu apparaît comme un ensemble de techniques d'analyse des communications utilisant des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs quantitatifs et/ou qualitatifs permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production (et de réception) de ces messages.

Dans cet article nous avons choisi de présenter les tableaux fréquentiels des données sociodémographiques (sexe, l'âge, le niveau d'instruction, la pratique religieuse, la récidive, le régime matrimonial...) et le tableau fréquentiel de la répartition des profils des enquêtés selon les crimes commis.

Nous présentons aussi une partie des analyses qualitatives dans la version logico-sémantique qui a servi à faire la triangulation des résultats.

2. Les résultats de notre étude

2.1. Répartition des enquêtes selon les caractéristiques sociodémographiques

Les personnes de sexe masculin sont majoritairement représentatives dans notre échantillon soit 94,44% de fréquence contre 5,56% de femme. Il y'a une nette prédominance des personnes mariées (83,33%) par rapport aux célibataires (16,67%). En effet, l'âge des répondants, compris entre [36-45 [et [46-55 [sont respectivement représentatives avec des scores respectifs de (46,30%) et (37,04%). Tandis que les jeunes dont l'âge est compris entre [18-25 [et [26-35 [sont moins représentés.

Par ailleurs, les résultats montrent que chaque individu de cette population a une fois récidivé. Nous constatons un fort taux de 88,89% des individus ayant commis une deuxième récidive. Les personnes qui sont détenues pour une première et une troisième récidive sont beaucoup moins fréquentes, représentant respectivement 9,26% et 3,70%.

Tableau 1 : des enquêtes selon la nature des crimes commis

Nature du crime commis	Pédophilie	8 (14, 81%)
	Viol	6 (11,11%)
	Profanation de tombe	20 (37,04)
	Infanticide	4 (7,41%)
	Meurtre avec prélèvement d'organes	6 (11,11%)
	Trafic d'enfant	10 (18,52%)
T		54

Le tableau 1 montre une prédominance des crimes de profanation de tombe (37,04%) parmi les individus étudiés, suivi par le trafic d'enfants (18,52%), la pédophilie (14,81%), le viol (11,11%) et le meurtre avec prélèvement d'organes (11,11%). L'infanticide (7,41%) est le moins fréquent, mais reste présent.

3-2- Répartition des enquêtes selon la personnalité

Nos résultats montrent une prédominance des traits de personnalité de personnalité narcissique à un taux de 62,96%, suivi par les traits de personnalités antisociales (29,63%) et borderline (7,41%) (tableau 2).

Tableau 2 : tableau croisé du type de personnalité selon la nature du crime commis

	Personnalité		
	Narcissique	Borderline.	Antisociale
Nature du crime	Pédophilie	8 (23,53%)	-
	Viol	6 (17,65%)	-
	Profanation de tombe	20 (58,82%)	-
	T	34	
	Infanticide	-	4 (100%)
	T	4	
	Trafic d'enfants	-	10 (62,50%)
	Meurtre avec prélèvement d'organes	-	6 (37,50%)
	T		16

Le tableau croisé montre une répartition distincte des crimes selon les types de personnalité. Les individus narcissiques sont majoritairement responsables de crimes tels que la profanation de tombes (58,82%), la pédophilie (17,65%) et le viol (23,53%). Les quatre (4) personnes ayant des traits borderline sont exclusivement des auteurs de l'infanticide. Les antisociaux sont

responsables de crimes violents et exploitants comme le trafic d'enfants (62,50%) et le meurtre avec prélèvement d'organes (37,50%).

N.B. Sur les quatre (4) individus ayant des traits de la personnalité borderline, $\frac{3}{4}$ sont de sexe féminin.

3. Interprétation.

Ces résultats mettent en lumière les différences dans les comportements criminels en fonction des types de personnalité.

4.1 L'approche psychologique

4.1.1. Répartition de la personnalité narcissique selon les crimes commis.

Les individus narcissiques montrent une prédominance de crimes liés à des actes de gratification, de plaisir, de domination (le viol et pédophilie) et de recherche de pouvoir avec transgression des normes (profanation des tombes). Précédemment Holmes & De Burger (1988) soulignaient que la personnalité narcissique est à la recherche de pouvoir, de domination et de plaisir sexuel. D'ailleurs, la pédophilie et le viol sont souvent motivés par des désirs sexuels et des pulsions intenses (Freud *et al.*, 1978) qui sont ressenties comme irrésistibles, pressantes et immédiates conduisant à des comportements répréhensibles pour assouvir ces besoins. Dans le cas du viol ou de la pédophilie à caractère rituel, l'agresseur commet son acte sur des personnes bien connues de son entourage et les manipule avec des fétiches ou leur fait croire à des forces spirituelles qui leur demandent de poser cet acte afin de les délivrer d'un esprit maléfique ou d'une malédiction comme le témoigne ce pasteur.

" Il arrive que dans nos pratiques moi entant que pasteur, que Dieu m'utilise pour délivrer une femme stérile ou une jeune fille possédée par les esprits ... "

Dans d'autres situations, c'est le père de famille qui pratique l'inceste avec sa famille dans le but de préserver la richesse familiale.

Voici les propos illustratifs de monsieur Z.

"J'avais des relations sexuelles périodiques avec ma fille chaque 3 ou 6 mois pour garder ma richesse en contrepartie ma fille n'aura jamais d'enfant ni de mari. C'est le sacrifice et le prix à payer pour garder ma fortune.... Le rituel consiste à coucher avec sa propre fille à la fréquence de la pleine lune avant que le jour ne se lève. Et au cours du rapport sexuel, on prononce des mots incantatoires et c'est ça qui fait garder la fortune. Ma fille à 15 ans maintenant..."

Toutefois la motivation derrière ces actes ne se limite pas à la recherche de plaisir sexuel. Les actes de pédophilie et de viol impliquent une dynamique de pouvoir et de domination (Catteau, 2018 ; Freud *et al.*, 1978). Pour ces chercheurs, le contrôle et la domination de certains agresseurs sur leur victime sont aussi importante, voire plus importante, que la satisfaction sexuelle elle-même. Ce désir de posséder des pouvoirs et du mystique est intégralement retrouvé chez les auteurs de profanation de tombe qui sont à la recherche de domination et de leadership afin de s'offrir le succès social sans trop d'efforts (Bazare *et al.*, 2017 ; Douglas *et al.*, 2018). En voici un fait :

« Je suis responsable d'églises révélées. Un jour après une séance de prière du soir, j'ai croisé une connaissance qui m'a proposé qu'il puisse m'envoyer chez une personne qui va m'aider à remplir mon église. Effectivement on s'est donné un rendez-vous et on s'est rendu chez la personne dans un autre village un peu plus loin de chez nous. Le jour-là, le monsieur m'a remis une foudre sous forme de cendre de venir l'asperger dans mon église et d'observer ce qui va se passer. J'avoue le dimanche suivant que mon église était pleine de monde, « psycho » c'était fou...umh ! Après j'avais sollicité l'ami et on était retourné chez le monsieur. Et il m'a demandé de lui chercher un crâne humain qui servira de relique et lui-

même, il s'occupera du reste. C'est ainsi que moi et mon ami on s'est rendus dans un cimetière pour déterrer un squelette et on a été pris en flagrant délit... »

Ces verbatim montrent que les auteurs de ces crimes s'efforcent à atteindre une vie qu'ils s'imaginent socialement réussis. Cependant, ces actes peuvent refléter des problèmes de contrôle, de narcissisme ou d'autres troubles psychologiques chez l'agresseur que ce dernier peut essayer de cacher sous le tableau culturel d'interprétation qu'il en fait pour justifier son crime. De ce fait, nous estimons que la pédophilie, le viol et la profanation de tombe sont des crimes rituels qui pourraient être motivés à la fois par la satisfaction libidinale (Assoun, 2004 ; Catteau, 1991 ; Freud *et al.*, 1978), le désir de domination et le contrôle sur autrui (Douglas *et al.*, 1995 ; Eysenck, 1964 ; Schultz et Schultz, 2017 ; Yochelson, 1976) et les forces surnaturelles (Assoun, 2004 ; Caire, 2022 ; Douglas *et al.*, 1995 ; Laconi *et al.*, 2016, 2016 ; Myers et Myers, 2015).

4.1.2. Répartition de la personnalité borderline selon le crime commis.

Les auteurs d'infanticide sont toutes de la personnalité borderline et majoritairement elles sont des femmes avec une fréquence de 75% et les hommes 25%. Ces résultats corroborent avec ceux de (Granger, 2013, p. 5) qui atteste que dans les échantillons cliniques, le trouble de la personnalité borderline est retrouvé plus fréquemment chez les femmes à 70%.

Selon les critères diagnostiques du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) de l'American Psychiatric Association (APA) (2015), la personnalité borderline est caractérisée par un schéma général de dysfonctionnement dans les domaines de l'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, ainsi que par une impulsivité marquée.

En considérant ces critères, les auteurs d'infanticide dans cette étude sont associés à des comportements impulsifs comme nous le décrit ce monsieur :

« ... il fût un moment j'avais des doutes sur la paternité de cet enfant... ma femme me trompait et après il m'a avoué que cet enfant n'est pas le mien. Ainsi j'ai décidé de sacrifier ledit enfant pour changer ma situation, car je sais que si ma femme m'a trompé c'est à cause de ma précarité... »

Ce discours montre le fonctionnement impulsif dont Euler *et al.* (2020) et Granger. (2013) ont fait mention en parlant de « l'instabilité émotionnelle intense » dont souffre la personnalité borderline. Ces auteurs soutiennent que dans certaines circonstances, ces émotions peuvent devenir incontrôlables, conduisant à des réactions impulsives et imprévisibles. Comme on peut le remarquer dans le cas ci-dessus, la décision de sacrifier l'enfant dont il a la certitude qu'il n'est pas le père biologique est une réaction impulsive. Dans le but de garder sa femme qu'il continue par aimer malgré son infidélité, il a préféré supprimer cet enfant qui serait à l'origine d'une éventuelle ou supposée séparation avec sa femme. Aussi la personnalité borderline ayant une peur intense de l'abandon peut réagir de façon extrême à des situations perçues comme des menaces (Di Bartolomeo *et al.*, 2024). Cette personnalité répond au « Mixed Serial Killer » de Douglas *et al.* (1995), car elle présente des caractéristiques de tueur à la fois organisé et désorganisé, combinant des éléments de planification avec des impulsions spontanées.

4.1.3. Répartition de la personnalité antisociale selon le crime commis

Les personnes présentant une personnalité antisociale, 62,50% sont des auteurs de trafic d'enfants et 37,50% sont détenus pour le meurtre avec prélèvement d'organes.

Selon Hare et Hart, (1993), la personnalité antisociale est caractérisée par un manque d'empathie envers les autres et manifeste peu ou pas de remords pour ses actions. Dans le cas du trafic d'enfants, les auteurs impliqués dans de tels actes considèrent les enfants comme des formes d'objets (Garcia, 2021) à exploiter pour avoir des profits. Ces auteurs de crime sont dotés de ruses et de capacités de manipulation (Caire, 2022 ; Hare, 1996 ; Leistedt *et al.*, 2008) qu'ils utilisent, afin de gagner la confiance des victimes potentielles. En voici un témoignage comme le dit ce détenu :

« Il s'agit des enfants de rue à qui on propose d'aller travailler dans les pays limitrophes. Et une fois arrivée il y a des ravisseurs de l'autre côté de la frontière à qui on cède les enfants et nous on prend notre gain... en réalité ces enfants sont livrés pour des sacrifices... ».

De même, dans les meurtres avec prélèvements d'organes, les auteurs sont motivés par un gain financier et d'autres formes de gratification personnelle comme le pouvoir mystique qu'ils soient commandités ou pas. Ces raisons sont aussi évoquées dans un reportage effectué au Cameroun par (basset, 2012) et (Twadmin, 2013) dans son article où certains survivants et auteurs de crimes ont fait des témoignages.

Chez les auteurs de meurtre avec prélèvement d'organes, on observe aussi une tentative de contrôler ou de dominer sa victime avec l'utilisation de moyens extrêmes dans le but de satisfaire les besoins émotionnels instables comme le souligne (Douglas *et al.*, 1995 ; Holmes et De Burger, 1988 ; Morizot et Miranda, 2007). Ces criminels à la recherche de pouvoir sont motivés par des sentiments de puissance ou de supériorité temporaire, visant à compenser des sentiments d'insécurité ou de faiblesse (Leistedt et Linkowski, 2011 ; Leyton, 1986 ; Leyton et Chafe, 2000 ; Senninger *et al.*, 2004).

Comme on peut le retrouver dans ces propos :

« J'ai été contacté par mon codétenu, qui m'a fait une proposition qu'un de ses amis est à la recherche de certains organes comme (la bosse, la langue, le sang et le cœur humain). Je l'ai connu en prison, car on avait partagé la même cellule. Et c'est là-bas qu'on est devenu de vrais amis. Nous avons fait le plan avec deux autres amis ex-détenus. Et moi je suis allé identifier un bossu dans mon village. Ayant connaissance des mouvements de ce dernier, nous sommes passés à l'acte et tel que le commanditaire veut les organes, nous avons procédé au prélèvement des organes sans que la personne ne soit pas encore morte. J'ai commencé par couper la langue de la victime et en suite..., les autres organes. Nous sommes allés jeter le corps dans une rivière et nous avons rencontré le commanditaire pour lui donner son colis ».

Cette façon de décrire le passage à l'acte sans regret dans le crime rituel a été observée par Baeke (1986) ; Collignon *et al.*, (1983) ; Fall (2018) ; Labouret (1941) ; Lomo Myazhiom *et al.*, (2016) ; Masungh-Ma-Ntchandi (2022) ; Twadmin (2013) ; UNESCO Libreville (2009) et Wandji K (2013). En effet, le plaisir que cet auteur de crime manifeste à décrire avec aisance son acte est une expression de la personnalité antisociale dépourvue de tout regret et de remords et prête à recommencer si l'occasion se présente de nouveau ce qui pourrait justifier sa récidive dont il parle dans son récit (Fox et Levin, 1998 ; Garcia, 2021 ; Hare, 1996 ; Hare et Hart, 1993 ; Holmes et De Burger, 1988 ; Leistedt *et al.*, 2008 ; Leyton, 1986 ; Leyton et Chafe, 2000).

4. Approche ethnoclinique.

L'approche ethnoclinique dans l'interprétation des crimes rituels intègre les dimensions psychologiques, culturelles et sociales pour comprendre les comportements du criminel en tenant compte des systèmes de croyances et des référents culturels des individus. À cet effet, Devereux et al., (1983) souligne d'éviter l'universalisation des diagnostics psychologiques en prenant en compte le contexte culturel spécifique des auteurs de crimes.

Les pratiques criminelles justifiées par les croyances culturelles (rituels ou forces spirituelles) démontrent comment les cadres sociaux peuvent offrir une légitimité apparente à des pulsions individuelles (Devereux et al., 1983; Katz, 2016; Klineberg, 1963; Miller, 2012; Soriano, 1972). C'est ce que Devereux et al., (1983) soulignent par « rationalisation culturelle », une façon pour l'individu de réduire la dissonance entre ses actes et les normes sociales. Ainsi dans le cas des crimes rituels présentés préalablement, le père incestueux préservant la richesse familiale ou les auteurs de profanations de tombes utilisent des croyances mystiques pour justifier leurs actes. Cette stratégie montre comment certaines pratiques peuvent être déployées pour servir des intérêts personnels.

Dans certains cas, les crimes sont exacerbés par des conditions sociales telles que la pauvreté et les contextes sociopolitiques (Ebang Ondo, 2010; Makosso Magagni, 2021). En guise d'exemple, la manipulation des enfants de rue pour des trafics rituels illustre comment des structures sociales dysfonctionnelles favorisent l'exploitation des vulnérables. À cet effet, les personnes criminelles, notamment les narcissiques et les antisociaux tentent souvent de s'affirmer dans une société perçue comme oppressive ou indifférente (Autès, 1971; Devereux et al., 1983; Marc, 1972; Soriano, 1972). Ces actes deviennent alors des moyens de gagner une visibilité ou un statut social même de manière perverse. C'est le cas de la domination par des rituels de pouvoir. À cet effet, l'approche ethnoclinique de Devereux et al., (1983) éclaire ces dynamiques par la complémentarité des registres individuel et collectif. Chaque crime serait alors, le résultat d'une interaction entre le psychisme individuel façonné par les (traumatismes, pulsions, conflits internes) et les cadres culturels et sociaux regroupant les (normes rituelles et justifications) qui légitiment ou encouragent des comportements déviants. Ce double regard souligne que les solutions aux crimes graves nécessitent une prise en charge intégrée en tenant compte de la psychologie individuelle et du contexte culturel des auteurs.

Conclusion.

Les résultats de notre étude mettent en lumière la complexité des comportements criminels. Ces derniers sont ancrés à la fois dans des dynamiques psychologiques individuelles et des contextes culturels spécifiques. L'approche psychologique révèle que des personnalités comme narcissiques, borderline ou antisociales jouent un rôle déterminant dans la nature et la motivation des crimes. Ces personnalités, bien que marquées par des troubles émotionnels et comportementaux, s'expriment différemment selon les crimes, qu'il s'agisse de recherche de plaisir, de domination ou de gain matériel. Les témoignages illustrent comment les pulsions et conflits intrapsychiques influencent directement les passages à l'acte. Il ressort que la personnalité narcissique est la propension à commettre des crimes tels que la profanation de tombes, la pédophilie et le viol. Les résultats révèlent que ces comportements sont motivés par les désirs de pouvoir, de domination et de satisfaction sexuelle. La spécificité chez les auteurs de pédophile et de viol est qu'ils exploitent et manipulent leur entourage afin d'atteindre leurs objectifs en se cachant sous les justifications culturelles. Les personnalités borderline auteurs d'infanticides sont spécifiquement des femmes à l'exception d'un homme qui est complice. Enfin, les résultats montrent que la personnalité antisociale est susceptible de commettre des crimes comme le trafic d'enfants et le meurtre avec prélèvement d'organes. Globalement les antécédents familiaux et les traumatismes précoces jouent un rôle crucial dans le

développement de ces personnalités criminelles, soulignant l'importance de l'environnement familial et social dans la formation de comportements déviants et aussi la probabilité à récidiver.

Cependant l'approche ethnoclinique montre que ces actes ne peuvent être totalement compris en dehors de leurs cadres culturels. Les rationalisations culturelles, telles que les croyances spirituelles ou les pratiques rituelles, servent de filtres par lesquels ces personnes criminelles justifient leurs actes. Ces croyances semblent offrir une légitimité apparente à des pulsions individuelles, tout en étant exacerbées par des conditions sociales comme la pauvreté et les contextes socio-environnementaux marginalisants et stigmatisants. En ce sens, l'acte devient le produit d'une interaction entre un psychisme fragilisé et un environnement culturel qui favorise ces pratiques.

Ainsi la compréhension des crimes rituels nécessite une approche holistique combinant une thérapie individuelle ciblée sur les troubles psychologiques avec des interventions communautaires visant à transformer les croyances et pressions sociales qu'encouragent ces actes. Il s'agit, dans un premier temps, de faire la prise en charge psychologique de la personne criminelle pendant son séjour en détention par la mise en place des programmes adaptés à chaque cas afin de favoriser une réinsertion ou une reconversion positive possible bénéfique pour la société. Dans un second temps, il serait bénéfique d'élaborer des programmes communautaires qui incluent les différentes spécialités (psychologues, juristes, les universitaires...) et les autorités communautaires (traditionnelles, religieuses, gardes des Us et coutumes...) afin d'offrir des approches de solutions plus durables pour prévenir ces comportements et leurs répercussions sociétales.

Référence bibliographique

- Africa 24. (2018, avril 4). *AFRICA NEWS ROOM - Nigeria : Les enfants victimes de crimes rituels (3/3)*. <https://www.youtube.com/watch?v=D6FtVB5y9zQ>.
- Agbon (2023). Cybercriminalité, crimes rituels et image du Vodun. *Bénin Intelligent*. <https://www.beninintelligent.com/2023/08/14/cybercriminalite-crimes-rituels-et-images-du-vodun-tribune-dansou-alphonse-gazozo/>.
- Akers, R. L. (2009). *Social learning and social structure: A general theory of crime and deviance*. Transaction Publishers.
- Armon, K. (2021). *Après le Togo, le Bénin*. République togolaise. <https://www.republicoftogo.com/toutes-les-rubriques/societe/apres-le-togo-le-benin>.
- Aronson, E., & Aronson, J. (2018). *The social animal* (Twelfth edition). Worth Publishers, Macmillan Learning.
- Assoun, P.-L. (1993). *Freud et les sciences sociales : Psychanalyse et théorie de la culture*. A. Colin.
- Assoun, P.-L. (2004). L'inconscient du crime. La « criminologie freudienne ». *Recherches en psychanalyse*, 2(2), 23-39. <https://doi.org/10.3917/rep.002.0023>.
- Autès, M. (1971). Devereux G., Essais d'ethnopsychiatrie générale. *Revue française de sociologie*, 12(3), 440-441.
- Baechler, J. (2009). III. La personnalité. In *La Nature humaine* (p. 665-704). Hermann. <https://www.cairn.info/la-nature-humaine--9782705668143-p-665.htm>.
- Baeke, V. (1986). Sorcellerie, sociétés secrètes et sacrifice chez les Wuli du Cameroun occidental. *Systèmes de pensée en Afrique noire*, 7, Article 7. <https://doi.org/10.4000/span.617>.
- Balier, C. (2005). II – Psychopathie. In *La violence en abyme* (p. 141-157). Presses universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.gree.2005.01.0141>.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>.
- Bartol, C. R., & Bartol, A. M. (2017). *Criminal behavior : A psychological approach* (Eleventh edition). Pearson.
- Bauer, A., & Pérez, É. (2009). *Les crimes et délits* (1-3836, p. 97-122). Presses universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-100-mots-de-la-police-et-du-crime--9782130567240-p-97.htm>.
- Bazare, R. N., Ladj, B., & Kadidja, D. (2017). Cybercriminalité ou « Broutage » et Crimes rituels à Abidjan : Logiques des Acteurs et Réponses au Phénomène Cas des Communes de Yopougon et d'Abobo. *European Scientific Journal, ESJ*, 13(23), 104. <https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n23p104>.
- Bawa, I. H. (2022). Style d'éducation et les performances scolaires des élèves en lien avec la taille et la structure familiale - une étude auprès des élèves de 4ième au togo / education style and school performance of students in relation to family size and structure - a study of 4th grade students in togo. *European Journal of Education Studies*, 9(1). <https://doi.org/10.46827/ejes.v9i1.4122>
- Becker, G., Harcourt, B. E., & Ewald, F. (2015). Becker et Foucault sur les délits et les peines (S. Dufoix, Trad.). *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*, 5, Article 5. <https://doi.org/10.4000/socio.1961>.
- Beddiar, N., & Cataleta, M. S. (2022). La protection des enfants face aux crimes rituels au Gabon. *REVUE LEXSOCIETE*.
- Béra, M. (2022). Crime et religion chez Durkheim : Les liens forts entre ses sociologies criminelle et religieuse. *Durkheimian Studies*, 26(1), 41-67. <https://doi.org/10.3167/ds.2022.260103>.
- Besnard, P. (1978). Merton à la recherche de l'anomie. *Revue française de sociologie*, 19(1), 3-38. <https://doi.org/10.2307/3320952>.
- Blatier, C. (2019). Chapitre 3. Les criminalités spécifiques. In *Introduction à la psychocriminologie: Vol. 2e éd.* (p. 103-157). Dunod. <https://www.cairn.info/introduction-a-la-psychocriminologie--9782100793082-p-103.htm>.
- Bonneville-Baruchel, E. (2010). Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 53(1), 31-70. <https://doi.org/10.3917/psyse.531.0031>.
- Bouilhac, V. (2009). *Sweeney Todd : le tueur en série selon Tim Burton / Sweeney Todd de Tim Burton*. États-Unis, 2007, 1 h 55 min. <https://id.erudit.org/iderudit/62041ac>.
- Brodeur, J.-P., & Leman-Langlois, S. (2011). Surveiller et punir (1976). *Criminologie*, 44(1), 19-43. <https://doi.org/10.7202/1001601ar>.
- Caire, A.-B. (2022). Fiche 3. Les explications sociologiques du crime. In *Criminologie* (p. 29-38). Ellipses. <https://www.cairn.info/criminologie--9782340063105-p-29.htm>.
- Caire, A.-B. (2022). Fiche 17. La persistance de formes traditionnelles de criminalité dans les pays en développement. In *Criminologie* (p. 156-165). Ellipses. <https://www.cairn.info/criminologie--9782340063105-p-156.htm>.
- Catteau, J. (1991). Freud et Dostoïevskij : Vladimir Marinov, Figures du crime chez Dostoïevski. *Revue des études slaves*, 63(1), 261-264.
- Cohen-Grillet, P. (2014). Crimes rituels au Gabon : La fin du silence des agneaux [Associative]. *Centre d'Action laïque*. <https://www.laicite.be/magazine-article/crimes-rituels-gabon-fin-silence-agneaux/>.
- Danjou. (1902). Sur le crime rituel. *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, 3(1), 69-75. <https://doi.org/10.3406/bmsap.1902.6026>
- De Larminat, X. (2017). *Sociologie de la déviance : Des théories du passage à l'acte à la déviance comme processus* Sciences économiques et sociales. <http://ses.ens-lyon.fr/articles/sociologie-de-la-deviance>.

- Devereux, G., Bastide, R., Gobard, H., & Jolas, T. (1983). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Gallimard.
- Durkheim, É. (1894). Les Règles de la Méthode sociologique. *Revue philosophique de la France et de l'Étranger*, 37, 465-498.
- Durkheim, É., & Béra, M. (2022). *Leçons de sociologie criminelle*. Flammarion.
- Ebang Ondo, J. E. (2010). *Manifeste contre les crimes rituels au Gabon—Jean Elvis Ebang Ondo*. L'Harmattan. <https://www.decitre.fr/livres/manifeste-contre-les-crimes-rituels-au-gabon-9782296123205.html>.
- Fall, B. (2018). *Sorcellerie et albinisme en Afrique subsaharienne*.
- Foucault, M. (2003). *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Gallimard.
- Fréchette, M. (2006). Le criminel et l'autre : Analyse des relations interpersonnelles de l'homme criminel. *Acta Criminologica*, 3(1), 11-102. <https://doi.org/10.7202/017011ar>.
- Freud, S. (1998). *Abrégé de psychanalyse / Sigmund Freud*. PUF. Paris. <https://www.lamediathequedegradignan.fr/Default/doc/SYRACUSE/36377/abrege-de-psychanalyse-sigmund-freud>.
- Garofalo, R. (1890). La Criminologie, étude sur la nature du crime et la théorie de la pénalité. *The American Journal of Psychology*, 3(1), 117. <https://doi.org/10.2307/1411543>
- Glowacz, F., & Born, M. (2017).
- Chapitre 11. Les processus du passage à l'acte. In *Psychologie de la délinquance: Vol. 4e éd.* (p. 291-319). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.glowa.2017.01.0291>.
- Hare, R. D., & Hart, S. D. (1993). Psychopathy, mental disorder, and crime. In *Mental disorder and crime* (p. 104-115). Sage Publications, inc. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.1.86>.
- Heymann, F., & De Selva, R. (1980). Le sacrifice en Afrique noire : Première Partie. *Journal des Africanistes*, 50(2), 145-248. <https://doi.org/10.3406/jafr.1980.2012>
- Holmes, R. M., & De Burger, J. E. (1988). *Serial murder*. Sage Publications.
- Houssier, F. (2012). DONALD WOODS WINNICOTT, « La tendance antisociale » (1956), in de la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969, 145-158. In *45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique* (p. 197-204). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chagn.2012.02.0197>
- Labouret, H. (1941). Sacrifices humains en Afrique occidentale. *Journal des Africanistes*, 11(1), 193-196. <https://doi.org/10.3406/jafr.1941.2512>.
- Lacassagne, A. (2018). *Archives d'Anthropologie criminelle, de Criminologie et de Psychologie normale et pathologique, 1897, Vol. 12*. Forgotten Books.
- La Constitution de la IV^e République togolaise. Adoptée par Référendum le 27 septembre 1992, promulguée le 14 octobre 1992, révisée par la loi n°2002-029 du 31 décembre 2002, modifiée par la loi n°2007-008 du 7 février 2007 et modifiée par la loi n° 2019 - 003 du 15 mai 2019, Pub. L. No. 2019-003, n°2002-029, Constitution togolaise 47 (1992). <https://assemblee-nationale.tg/wp-content/uploads/2021/05/constitution-consolidee-derniere-version.pdf>
- [https://www.policinglaw.info/assets/downloads/Code_p%C3%A9nale_du_Togo_\(2015\).pdf](https://www.policinglaw.info/assets/downloads/Code_p%C3%A9nale_du_Togo_(2015).pdf)
- Lagache, D., & Rosenblum, E. (1979). Contribution à la psychologie de la conduite criminelle. Commentaire psychanalytique d'une expertise d'homicide. (1948). In *Le Psychologue et le Criminel* (p. 43-74). Presses universitaires de France. <https://www.cairn.info/le-psychologue-et-le-criminel--9782130357568-p-43.htm>.
- Levi Macarius, L. (1977). Les deux formes du sacrifice humain dans la magie. Sur les traces d'Hubert et Mauss. *Raison présente*, 42(1), 73-85. <https://doi.org/10.3406/raipr.1977.1874>.
- Leyton, E. (1986). *Compulsive killers: The story of modern multiple murder*. Washington Mews Books.
- Loi n° 2015-10 du 24 novembre 2015 portant nouveau code pénal du Togo, Loi N° 2015-10 du novembre 2015, Code pénal 256 (2015).

- Lombroso, C. (1887). *L'homme criminel: Criminel né, fou moral, épileptique: étude anthropologique et médico-légale / par César Lombroso ; trad. sur la IVe éd. italienne par MM. Regnier et Bournet ; et précédé d'une préf. du Dr Ch. Létourneau* (ancienne librairie germer baillière et cie). <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k769877>.
- Makosso Magagni, T. M. (2021). *La criminalité fétichiste au Gabon : Une étude sociologique de l'impuissance politique*. L'Harmattan.
- Marc, S. (1972). Georges Devereux, Essais d'ethnopsychiatrie générale. *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, 27(3), 577-582.
- Miller, L. (2012). *Criminal psychology: Nature, nurture, culture: a textbook and practical reference guide for students and working professionals in the fields of law enforcement, criminal justice, mental health, and forensic psychology*. Charles C. Thomas.
- Mucchielli, L. (2004). Homicide, anomie, pauvreté et désaffiliation. *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, XLII-129, Article XLII-129. <https://doi.org/10.4000/ress.424>.
- Pinatel, J. (1977). La criminologie d'aujourd'hui. *Déviance et société*, 1(1), 87-93. <https://doi.org/10.3406/ds.1977.939>.
- Proulx, J., Cusson, M., & Beaugregard, E. (2005). 1. Le meurtre sexuel : Définitions, épidémiologie et théories. In A. Nicole (Éd.), *Les meurtriers sexuels : Analyse comparative et nouvelles perspectives* (p. 21-46). Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.10544>.
- Raoult, P.-A. (2006). Psychologie clinique et criminologie. *Bulletin de psychologie*, Numéro 481(1), 3-5. <https://doi.org/10.3917/bupsy.481.0003>.
- Reinach, S. (1892). L'accusation du meurtre rituel. *Revue des études juives*, 25(50), 161-180. <https://doi.org/10.3406/rjuiv.1892.3855>.
- Renneville, M. (1995). Alexandre Lacassagne. Un médecin-anthropologue face à la criminalité (1843-1924). *Gradhiva : revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie*, 17(1), 127-140. <https://doi.org/10.3406/gradh.1995.1514>.
- Robert, P. (1977). Les statistiques criminelles et la recherche. Réflexions conceptuelles. *Déviance et société*, 1(1), 3-27. <https://doi.org/10.3406/ds.1977.935>
- Rodler, L. (2012). L'homme criminel de Cesare Lombroso : Entre science et littérature. *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*. <https://doi.org/10.4000/criminocorpus.1893>
- Sapir, E. (2021). L'influence des modèles inconscients sur le comportement social. In P. Clinquart & C. Baudelot (Éds.), *Anthropologie*. ENS Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.enseditions.18117>.
- Schultz, C. E. (2010). The Romans and Ritual Murder. *Journal of the American Academy of Religion*, 78(2), 516-541.
- Schultz, D. P., & Schultz, S.E. (2017). Theories of Personality. *Theories of Personality*.
- Soudan, F., & Pauron, M. (2014). *Crimes rituels : Sur l'autel de la puissance et de l'impunité* – Jeune Afrique. JeuneAfrique.com. <https://www.jeuneafrique.com/52736/politique/crimes-rituels-sur-l-autel-de-la-puissance-et-de-l-impunit/>.
- Soriano, M. (1972). Georges Devereux, essai d'ethnopsychiatrie générale. *Annales*, 27(3), 577-582.
- Taguieff, P.-A. (2019). Un exemple d'inversion victimaire : L'accusation de meurtre rituel et ses formes dérivées. *Argumentation et Analyse du Discours*, 23, Article 23. <https://doi.org/10.4000/aad.3500>.
- Tajfel, H. (1982). Social Psychology of Intergroup Relations. *Annual Review of Psychology*, 33(1), 1-39. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.33.020182.000245>.

- Tarde, G. (1895). Criminalité et Santé sociale. *Revue philosophique de la France et de l'Étranger*, 39, 148-162.
- Tarde, G. (1898). Les lois sociales. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 6(1), 14-37.
- Tarde, G. (2000). Le type criminel. *Revue d'Histoire des Sciences humaines*, 3(2), 89-116. <https://doi.org/10.3917/rhsh.003.0089>.
- UNESCO, Libreville. (2009). *Actes du Colloque sous régionales Causes et moyens de prévention des crimes rituels et des conflits en Afrique Centrale, suivis des Actes de l'Atelier sous-régional de formation : Mécanismes traditionnels de prévention des conflits en Afrique Centrale-UNESCO*, Bibliothèque Numérique. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000186864>
- Zinzina, S., & Kouassi, L. (2021). Analyse psychologique du cyber criminel et méthodes communicationnelles dans la lutte contre la cybercriminalité. *Le Caïlcédrat*, 12, 79.

2025 ZINZINA., 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 15 September 2024
Accepted, 14 January 2025
Published, 25 February 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite : Douba et al. (2025). Schéma vaccinal à dose unique contre le HPV en Côte d'Ivoire : position du CNEIV-CI. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(1), 20-35.
<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.2>

Research

Schéma vaccinal à dose unique contre le HPV en Côte d'Ivoire : position du CNEIV-CI

Single-dose HPV vaccination schedule in Ivory Coast: position of the CNEIV-CI

Alfred Douba^{1,2,*}, Eric Martial Kouakou Ahoussou^{1,2}, Assemien Boa^{1,2}, Tiembré Issaka^{1,2}, Emmanuel Bissagnéné¹

¹Comité National d'Experts Indépendants pour la Vaccination et les Vaccins de Côte d'Ivoire, Institut National d'Hygiène Publique, BPV 14 Abidjan, Côte d'Ivoire

²Université Felix Houphouët-Boigny Abidjan-Cocody

*Correspondance : alfreddouba1@gmail.com ; Tel : +2250103454442

Résumé

Le Ministre de la Santé a adressé une saisine au CNEIV-CI afin d'obtenir son avis sur l'adoption d'un schéma vaccinal à dose unique contre les HPV dans le PEV en Côte d'Ivoire. Un tel schéma vaccinal présente pour le pays des avantages économiques et particulièrement pour le PEV des avantages opérationnels. L'objectif de notre étude était de préciser l'avis du CNEIV-CI sur le schéma vaccinal à dose unique contre les HPV. Une revue de la littérature a servi à collecter les évidences. Après l'exploitation des évidences portant sur les cancers induits par les HPV-HR en Côte d'Ivoire, les génotypes de HPV circulant dans le pays, les caractéristiques du vaccin anti HPV, la couverture vaccinale de routine anti HPV en Côte d'Ivoire, l'efficacité selon le schéma vaccinal anti HPV (dose unique ou multi doses), les considérations socioéconomiques et éthiques et les aspects programmatiques et opérationnels, le CNEIV-CI a recommandé le schéma vaccinal à dose unique contre les HPV dans le PEV en Côte d'Ivoire. Des stratégies telles que la vaccination dans les écoles et les campagnes de vaccination doivent être mises en œuvre pour obtenir une couverture minimale de 80% pour le vaccin anti HPV afin que l'adoption de ce schéma vaccinal soit bénéfique du point de vue santé publique. La réussite de la mise en œuvre de ces stratégies nécessite une sensibilisation des parents car la cible du vaccin est constitué d'adolescents dont la décision de leur vaccination relève de leurs parents.

Mots-clés : vaccination, HPV, dose unique, Côte d'Ivoire

Abstract

The Minister of Health requested the CNEIV-CI to obtain its opinion on adopting a single-dose HPV vaccination schedule in the EPI in Côte d'Ivoire. Such a vaccination schedule presents economic advantages for the country and mainly operational advantages for the EPI. The objective of our study was to clarify the opinion of the CNEIV-CI on the single-dose HPV vaccination schedule. A literature review was used to collect the evidence. After analysing the evidence on cancers induced by HR-HPV in Côte d'Ivoire, HPV genotypes circulating in the country, characteristics of the HPV vaccine, routine HPV vaccination coverage in Côte d'Ivoire, efficacy according to the HPV vaccination schedule (single dose or multi-dose), socioeconomic and ethical considerations, and programmatic and operational aspects, the CNEIV-CI recommended the single-dose HPV vaccination schedule in the EPI in Côte d'Ivoire. Strategies such as school vaccination and vaccination campaigns must be implemented to achieve 80 % minimum coverage for the HPV vaccine so that adopting this vaccination schedule is beneficial from a public health perspective. The successful implementation of these strategies requires raising awareness among parents because the target audience for the vaccine is adolescents whose parents are responsible for deciding on their vaccination.

Keywords : vaccination, HPV, single-dose, Côte d'Ivoire

1. Introduction

Les *Papillomavirus* humains (HPV) sont des virus à ADN qui infectent à la fois la peau et les muqueuses. Plus de 200 types de HPV ont été identifiés et sont catégorisés de diverses manières, notamment en fonction de leur capacité à induire un cancer (types à haut risque ou à faible risque). Les types 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 et 59 sont actuellement connus comme étant à haut risque oncogène (OMS, 2017 ; Soheili et al., 2021). Le risque d'oncogenèse varie selon le type, le HPV16 étant le type le plus oncogène (OMS, 2022a). Les HPV se propagent par contact avec la peau de la région génitale, les muqueuses ou les liquides biologiques infectés et peuvent se transmettre lors de rapports sexuels, y compris par contact bucco-génital. La plupart des infections à HPV (70-90%) sont asymptomatiques et se résolvent spontanément en l'espace de 1 à 2 ans (OMS, 2022a). Les HPV sont la cause la plus courante d'infection virale des voies reproductives et provoquent un large éventail d'affections, tant chez la femme que chez l'homme (OMS, 2017 ; OMS, 2022a), avec une forte association entre l'infection persistante par un HPV à haut risque (HPV-HR) et l'apparition d'un cancer du col de l'utérus.

Chez la femme, à l'échelle mondiale, les PVH qui prédominaient avant la vaccination étaient ceux des types 16 et 18, le PVH16 étant le type le plus fréquent dans toutes les régions.

En termes de répartition selon l'âge, la plus forte prévalence (22%) était observée chez les sujets jeunes de moins de 25 ans (OMS, 2022a). Chez les hommes âgés de plus de 18 ans, la prévalence des infections à HPV culmine à un âge légèrement plus avancé (Smith et al., 2011). L'Afrique subsaharienne enregistrait les plus fortes prévalences de HPV (tous types confondus) chez les femmes adultes (24%) (OMS, 2022a) et chez les hommes (29%) (Vardas et al., 2011). Selon la source GLOBOCAN 2012 qui contient les données des registres de cancer des pays de 5 continents, on estime à 630 000 le nombre de nouveaux cas de cancer liés aux HPV survenus chez les femmes en 2012, dont 530 000 (84%) étaient des cas de cancer du col. Le nombre de

décès associés était estimé à 266 000 à l'échelle mondiale, soit 8% des décès féminins dus au cancer cette année-là (De Martel et al., 2017).

A l'issue d'un essai clinique multicentrique incluant 3 463 hommes hétérosexuel provenant de 71 sites dans 18 pays d'Afrique, d'Asie-Pacifique, d'Europe, d'Amérique latine et d'Amérique du Nord, la prévalence des HPV, tous types confondus, chez les hommes hétérosexuels, était de 18,7% au niveau du pénis, de 13,1% pour le scrotum, de 7,9% dans la région périnéale/périanale et de 21% en un site quelconque, à l'issue d'un essai clinique multicentrique (Vardas et al., 2011). Chez l'homme et la femme, les infections à HPV de la zone anogénitale peuvent entraîner des cancers ou des tumeurs bénignes de la peau et des muqueuses (Greer et al., 1995 ; Sturegard et al., 2013).

En raison de la grande ampleur des infections à HPV-HR et des cancers que celles-ci peuvent induire au niveau mondial, le Groupe Stratégique Technique d'Experts pour la vaccination (SAGE) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé, en 2017, l'introduction des vaccins anti HPV dans les programmes de vaccination nationaux avec un schéma vaccinal à 2 ou 3 doses (OMS, 2017). En 2019, le SAGE a passé en revue des données scientifiques en vue de formuler une recommandation relative à la vaccination à dose unique contre les infections à HPV pour la protection des filles âgées de 9 à 14 ans. A l'issue de cette analyse, le SAGE a conclu que la quantité et la qualité des données exploitées ne lui permettaient pas de formuler cette recommandation. Ainsi, il a recommandé la réalisation d'essais contrôlés randomisés à cet effet (World Health Organization, 2022).

Sur la base de cette recommandation, des études ont été réalisées. Il ressort des résultats d'un essai contrôlé, randomisé, en double aveugle, incluant 2275 filles âgées de 15 à 20 ans, réalisée au Kenya (Barnabas et al., 2022), d'un essai contrôlé, randomisé, en double aveugle, incluant 930 participantes âgées de 9 à 14 ans, réalisée en Tanzanie (Watson-Jones et al., 2022) et des revues systématiques faites en 2022 (Single Dose HPV Vaccine Evaluation Consortium, 2022) et en 2020 (Whitworth, 2020) montrent qu'une dose de vaccin anti HPV est suffisante pour induire une réponse immunitaire qui offre une protection analogue à celle d'un schéma multi dose contre les infections à HPV. Sur la base de ces études et revues systématiques, en 2022, le SAGE a émis une nouvelle note de synthèse relative à la vaccination contre les infections à HPV dans laquelle elle recommande la vaccination anti HPV selon un schéma vaccinal à dose unique (Organisation Mondiale de la Santé, 2022a). Un tel schéma vaccinal présente plusieurs avantages. Premièrement, il facilite la satisfaction, par les producteurs, de la demande au niveau mondial. Deuxièmement, le schéma à dose unique confère un avantage économique notamment la réduction des coûts d'investissement dans la santé. Troisièmement, ce schéma vaccinal a des avantages opérationnels telles que la réduction du nombre de visites de la cible dans les centres de vaccination et la réduction de la charge de travail des agents vaccinateurs. Un schéma à dose unique sera donc bénéfique aussi bien pour les pays désireux d'introduire le vaccin contre les HPV que pour ceux qui appliquent déjà le schéma vaccinal à deux dose dont la Côte d'Ivoire.

En Côte d'Ivoire, le cancer du col de l'utérus constitue un problème de santé publique qui fait l'objet d'une attention particulière des autorités sanitaires. En effet, en 2020, l'incidence et la

prévalence du cancer du col de l'utérus étaient respectivement de 15,8 pour 100 000 femmes et de 67,2 % (Bruni et al., 2023).

Le Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV) de la Côte d'Ivoire, dénommé Comité National d'Experts Indépendants pour la Vaccination et les Vaccins de la Côte d'Ivoire (CNEIV-CI), à la suite d'une sollicitation du Ministre en charge de la Santé, a émis une recommandation relative à l'introduction du vaccin anti HPV dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV) en 2019 (CNEIV-CI, 2019). La même année le vaccin contre les HPV a été introduit dans la vaccination de routine dans un schéma vaccinal à 2 doses espacées de 6 mois. La cible du vaccin est constituée des filles âgées de 9 ans (Bruni et al., 2023 ; Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination, 2023).

Il ressort des données du PEV que les couvertures du vaccin anti HPV, en Côte d'Ivoire, sont restées inférieures à 65 % et à 48 % respectivement pour la première et la seconde dose, de janvier 2020 à mars 2023 (Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination, 2023).

Ainsi, en mars 2023, le Ministre en charge de la santé a adressé une saisine au CNEIV-CI afin d'obtenir son avis sur l'adoption d'un schéma vaccinal à dose unique du vaccin contre le HPV dans le PEV en Côte d'Ivoire (Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, 2023). C'est dans ce cadre que le présent travail a été réalisé en vue de préciser l'avis du CNEIV-CI sur le schéma vaccinal à dose unique contre les HPV.

2. Matériel et méthodes

2.1. Établissement d'un groupe de travail

Le CNEIV-CI suit un processus systématique, dans la formulation d'une recommandation basée sur des évidences. Le processus comprend :

- 1- la définition des éléments qui sous-tendent la recommandation (cadre de la recommandation) ;
- 2- la recherche des évidences avec la documentation du processus et des résultats de la recherche ;
- 3- la justification du choix des articles utilisés pour soutenir la recommandation (évaluation des évidences) ;
- 4- l'élaboration d'un dossier technique qui présente la synthèse des ~~données probantes~~ évidences et leur analyse sur la base desquelles la recommandation est formulée.

Ainsi un groupe de travail a été mis en place et s'est réuni du 8 au 12 mai 2023, en 5 sessions. L'appartenance au Groupe de travail était volontaire et a concerné dans un premier temps les membres de droit du CNEIV-CI. Ensuite, ce groupe a été élargi par l'inclusion d'experts extérieurs sélectionnés par le CNEIV-CI sur la base de leur expertise (gynécologie, immunologie). Les termes de référence de ce Groupe étaient de rechercher, résumer et analyser les informations requises pour soutenir les délibérations du CNEIV-CI. Ce Groupe a été appuyé par un secrétariat.

2.2. Cadre de la recommandation

Le cadre de la recommandation pour l'élaboration d'une note de recommandation inclut les composantes suivantes :

- La maladie ;
- Les caractéristiques du vaccin et de la vaccination ;
- Les considérations économiques et opérationnelles ;
- Les politiques de santé et aspects programmatiques.

Le groupe de travail a été subdivisé en sous-groupes selon les composantes de la base de la recommandation.

2.3. Recherche et évaluation de l'évidence

2.3.1. Formulation des questions sur les effets de l'intervention qui font partie de la base de l'intervention

Ces questions servent à guider la recherche de l'évidence nécessaire au CNEIV-CI pour l'élaboration de la note de recommandation, à savoir :

- Quelle est l'ampleur des infections dues aux HPV en Côte d'Ivoire ?
- Une dose d'un vaccin HPV (bivalent, quadrivalent, nonavalent) est-elle aussi efficace sur l'infection persistante que 2 ou 3 doses dans la prévention des cancers dus aux HPV ?
- La proportion des effets indésirables induits par une dose du vaccin HPV (bivalent, quadrivalent, nonavalent) est-elle identique ou non à ceux induits par 2 ou 3 doses ?
- Quel est le coût-efficacité/coût-bénéfice d'une dose d'un vaccin HPV par rapport au coût-efficacité/coût-bénéfice de 2 ou 3 doses ?
- Quels sont les couvertures de la première et de la deuxième dose du vaccin HPV dans le Programme Elargi de Vaccination ?

2.3.2. Sélection des sources documentaires

Diverses bases de données de publications scientifiques ont été identifiées (Pubmed, Global NITAG Network, Google scholar, Research4Life). A celles-ci ont été ajoutés des documents issus du site de l'OMS sur le sujet (SAGE, 2022a ; SAGE, 2022b), des données de la couverture vaccinal HPV du Programme Elargi de Vaccination et des données épidémiologiques du Programme National de Lutte contre le cancer.

2.3.3. Stratégie de recherche de l'évidence dans les bases de données

Des mots-clés ont été identifiés et ont servi de base à la recherche documentaire effectuée dans chaque base de données.

La recherche de l'évidence sur l'efficacité et la sûreté de l'intervention a été orientée par l'identification de mots-clés à partir de la méthode PICO (**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparator, **O**utcome) dont les composantes sont précisées ci-dessous :

- Population : jeune filles ; filles de 9 à 14 ans ;
- Intervention : vaccination anti HPV dose unique ;
- Comparator : vaccination anti HPV à 2 ou 3 doses
- Outcome : efficacité, prévention des cancers, effets indésirables/secondaires.

En plus des mots clés portant sur l'efficacité et la sûreté, des mots clés relatifs aux autres composantes ont été identifiés. Ces différents mots clés sont listés dans le tableau I.

Tableau I : répartition, par question, des mots-clés ayant servi de base à la recherche documentaire

Questions	Mots clés
Quelle est l'ampleur des infections dues aux HPV en Côte d'Ivoire ?	HPV – incidence – prévalence – décès – Côte d'Ivoire
Une dose d'un vaccin HPV (bivalent, quadrivalent, nonavalent) est-elle aussi efficace que 2 ou 3 doses dans la prévention des cancers dus aux HPV ?	Efficacité – vaccin HPV – jeunes filles – filles de 9 à 14 ans – prévention cancer – 1, 2, 3 doses – Afrique – Asie – Europe – Amérique
La proportion des effets indésirables induits par une dose du vaccin HPV (bivalent, quadrivalent, nonavalent) est-elle identique ou non à ceux induits par 2 ou 3 doses ?	Vaccin HPV – effets indésirables – jeunes filles – filles de 9 à 14 ans – 1, 2, 3 doses
Quel est le coût-efficacité/coût-bénéfice d'une dose d'un vaccin HPV par rapport au coût-efficacité/coût-bénéfice de 2 ou 3 doses ?	Vaccin HPV – coût-efficacité – coût-bénéfice – 1, 2, 3 doses
Quelles sont les couvertures de la première et de la deuxième dose du vaccin HPV dans le PEV ?	Vaccin HPV – PEV – 1 ^{er} , 2 ^e dose

2.3.4. Evaluation de l'évidence

L'évaluation s'est faite en utilisant la méthode du *Critical Appraisal Skills Program (CASP)* qui présente l'avantage d'avoir des formulaires pour l'évaluation de différents types d'études notamment des revues systématiques, essais contrôlés randomisés, études de cohorte, cas-témoins, qualitatives et économiques. C'est une méthode qui consiste à répondre à une série de questions par « Oui », « Non » ou « Ne sait pas » afin d'évaluer la pertinence d'une étude (Public Health Resource Unit, 2006).

3. Résultats

3.1. Données sur les cancers induits par les HPV-HR en Côte d'Ivoire

Les femmes à risque de cancer du col de l'utérus (femmes âgées de 15 ans et plus) sont estimées à 8 millions. En 2020, le nombre annuel de cancer du col de l'utérus diagnostiqué était de 2 067 (Bruni et al., 2023). L'incidence de cancers induits par les HPV-HR est présentée dans le tableau II.

Tableau II : incidence des cancers induits par les HPV-HR chez l'homme et la femme, Côte d'Ivoire, 2020

Type de cancer	Incidence chez l'homme (pour 100 000 personnes)	Incidence chez la femme (pour 100 000 personnes)
Cancer du col de l'utérus	-	15,8
Cancer de l'anus	0,28	0,37
Cancer de la vulve	-	0,23
Cancer vaginal	-	0,37
Cancer du pénis	0,03	-
Cancer oropharyngé	0,16	0,12
Cancer de la cavité buccale	0,68	0,70
Cancer du larynx	0,86	0,05

Source : (Bruni et al., 2023)

La prévalence des HPV 16 et/ou 18, au niveau du col de l'utérus, chez différentes catégories de femmes est présentée dans le tableau III.

Tableau III : prévalence des HPV 16 et 18, au niveau du col de l'utérus, chez différentes catégories de femmes, Côte d'Ivoire, 2020

Catégories	Prévalence (%)
Femmes ayant une cytologie normale	3,8
Femmes ayant des lésions cervicales de bas grade (LSIL/CIN-1)	24,9
Femmes ayant des lésions cervicales de haut grade (HSIL/CIN-2/CIN-3/CIS)	38,6
Cancer du col de l'utérus	67,2

Source : (Bruni et al., 2023)

Les décès annuels dus au cancer du col de l'utérus sont estimés à 1 417 en 2020.

Le cancer du col de l'utérus est la 2^e cause de décès dus au cancer chez la femme en Côte d'Ivoire. Il est aussi la 2^e cause de cancer la plus fréquente chez les femmes âgées de 15 à 44 ans en Côte d'Ivoire (Bruni et al., 2023).

3.2. Caractéristiques du vaccin anti-HPV

Les vaccins anti-HPV sont tous préparés à l'aide de techniques de recombinaison de l'ADN et de culture cellulaire. Ils ne contiennent pas de produit biologique vivant ou d'ADN viral, de sorte qu'ils ne sont pas infectieux. On distingue les formes bivalent (16 et 18), quadrivalent (6, 11, 16 et 18) et nonavalent (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58) (OMS, 2022a).

Ils sont disponibles sous forme de seringues pré-remplies ou de flacons à dose unique ou à 2 doses. Tous les vaccins anti-HPV doivent être conservés à une température de 2-8°C, sans congélation et à l'abri de la lumière. Ils doivent être administrés dès que possible après la sortie du réfrigérateur. La durée de conservation varie selon le produit. Le bivalent est stable et peut être conservé hors du réfrigérateur pendant une période allant jusqu'à 3 jours à une température comprise entre 8°C et 25°C ou jusqu'à 1 jour à une température comprise entre 25°C et 37°C. Le quadrivalent et le nonavalent sont homologués pour une durée de conservation de 3 jours à des températures comprises entre 8°C et 42°C (chaîne à température contrôlée) ou de 4 jours à des températures comprises entre 8°C et 40°C (OMS, 2022a).

3.3. Données de couverture vaccinales en Côte d'Ivoire

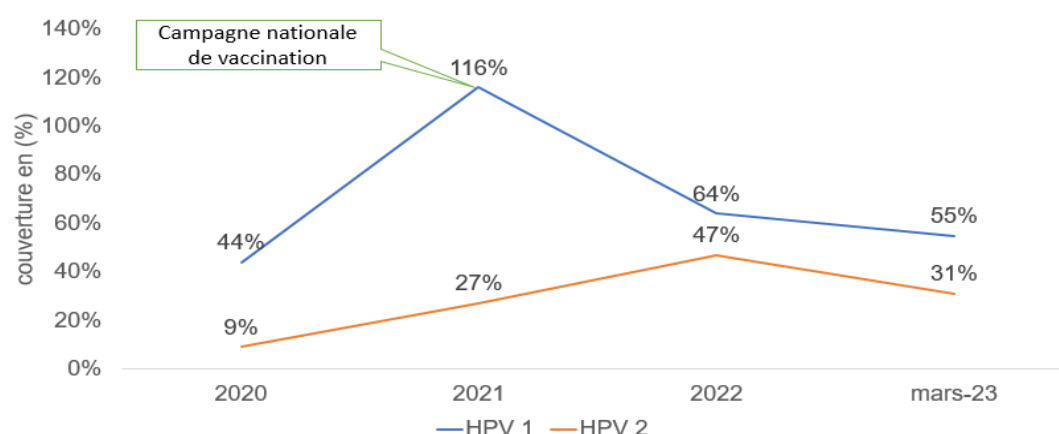


Figure 1 : évolution de la couverture vaccinale de routine anti HPV de 2020 à mars 2023, en Côte d'Ivoire

Source : (Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination, 2023)

De 2020 à mars 2023, la couverture de la première dose du vaccin anti HPV est supérieure à celle de la deuxième dose. Il faut noter qu'en 2021, en plus de la vaccination de routine, une campagne de vaccination a été organisée ce qui a favorisé l'obtention d'une couverture vaccinale de plus 100%.

3.4. *Génotypes de HPV circulant en Côte d'Ivoire*

Sept génotypes de HPV ont été identifiés en Côte d'Ivoire (voir tableau 4)

Tableau IV : différents génotypes de HPV circulant en Côte d'Ivoire

Etude	Année	Génotypes de HPV (%)						
Dépistage du cancer du col de l'utérus	2015	16 (30)	18 (25)	-	33 (1,6)	35 (20)	45 (20)	51(3,30)
Infections à HPV chez les professionnels du sexe	2016	16 (22,47)	18 (26,97)	31 (7,86)	33 (7,86)	35 (11,23)	45 7,30)	-

3.5. *Efficacité selon le schéma vaccinal HPV*

- Kenya

Un essai randomisé, multicentrique, en double aveugle et contrôlé d'une dose unique du vaccin contre les HPV nonavalent (HPV 16/18/31/33/45/52/58/6/11) ou bivalent (HPV 16/18) comparé à la vaccination contre le méningocoque chez les femmes kenyanes âgées de 15 à 20 ans a été réalisé. Le critère de jugement principal était l'infection à HPV persistant au 18^e mois. Les résultats ont montré que 38 infections persistantes incidentes ont été détecté dans la cohorte HPV 16/18 mITT (un chacun parmi les participants assignés au bivalent et nonavalent et 36 parmi ceux affectés au groupe méningocoque) ; l'efficacité du vaccin nonavalent (EV) était de 97,5 % (IC à 95 % 81,7-99,7 %, $p = <0,0001$) et l'EV bivalent était de 97,5% (IC à 95 % 81,6-99,7 %, $p=<0,0001$). Trente-trois infections persistantes incidentes ont été détectées dans le Cohorte HPV 16/18/31/33/45/52/58/6/11 mITT : quatre dans le groupe nonavalent et 29 dans le groupe méningococcique ; EV pour du vaccin HPV nonavalent 16/18/31/33/45/52/58/6/11 était de 88,9 % (IC à 95 % 68,5-96,1 %, $p<0,0001$). Les auteurs ont conclu qu'au cours de la période de 18 mois de l'étude, les vaccins contre le HPV bivalent et nonavalent à dose unique étaient chacun très efficaces pour prévenir l'incidence de l'infection à HPV oncogène persistant, similaire aux schémas multidoses (Barnabas et al., 2022).

- Tanzanie

Dans un essai ouvert, randomisé, de phase 3, de non-infériorité, les chercheurs ont recruté des écolières en bonne santé âgées de 9 à 14 ans des écoles publiques de Mwanza, en Tanzanie. Les participantes éligibles ont été réparties au hasard pour recevoir un, deux ou trois doses soit du vaccin bivalent (Cervarix, GSK Biologicals, Rixensart) soit du vaccin nonavalent (Gardasil-9, Sanofi Pasteur MSD-Lyon). Le critère de jugement principal était la séropositivité spécifique au HPV 16 ou au HPV 18 après une dose par rapport à deux ou trois doses du même vaccin contre le HPV 24 mois après la vaccination. Les résultats ont montré que la rétention à 24 mois était de 918 (99%) sur 930 participants. Dans la cohorte du protocole, à 24 mois, 99% des

participants ayant reçu une dose de l'un ou l'autre des vaccins contre le HPV étaient séropositifs pour les anticorps IgG contre le HPV 16, contre 100% des participantes ayant reçu deux doses et 100% des participantes qui a reçu trois doses. Les auteurs ont conclu qu'une dose unique du vaccin bivalent ou nonavalent contre le HPV chez les filles âgées de 9 à 14 ans a induit une réponse immunitaire robuste jusqu'à 24 mois, ce qui suggère que ce schéma posologique réduit pourrait convenir à la prévention du HPV chez les filles du groupe d'âge cible pour la vaccination (Watson-Jones et al., 2022).

- Costa Rica

Les infections au HPV ont été comparées entre les femmes âgées de 18 à 25 ans vaccinées contre le HPV 16 ou 18 qui ont reçu un (N = 112), deux (N = 62) ou trois (N = 1 365) doses et des femmes non vaccinées appariées selon l'âge et la géographie (N = 1 783) dans le suivi à long terme de l'essai du vaccin contre le HPV au Costa Rica. Les infections cervicales à HPV ont été mesurées lors de deux visites d'étude, environ 9 et 11 ans après la première vaccination contre le HPV, à l'aide du test de séquençage de nouvelle génération TypeSeq1 du National Cancer Institute. EV et l'intervalle de confiance à 95% (IC) ont été estimés. Les taux d'anticorps anti-VPH16 ou 18 ont été mesurés chez toutes les femmes recevant une et deux doses, et un sous-ensemble de femmes recevant trois doses (n = 448). L'efficacité vaccinale (EV) contre l'infection par le HPV 16 ou 18 était de 80,2% (IC à 95% = 70,7% à 87,0%) parmi les trois doses, 83,8% (IC à 95% = 19,5% à 99,2%) chez les femmes à deux doses et 82,1% (IC à 95% = 40,2% à 97,0%) chez les femmes à dose unique. Les auteurs ont conclu que plus d'une décennie après la vaccination contre le HPV, l'EV à dose unique contre l'infection par HPV16 ou 18 est restée élevée et les anticorps HPV16 ou 18 sont restés stables. Une dose unique du vaccin bivalent contre le HPV peut induire une protection suffisamment durable qui évite la nécessité de doses supplémentaires (Kreimer et al., 2020).

- Australie

Les auteurs ont lié les données des 8 registres juridictionnels de dépistage du cancer du col de l'utérus avec le registre national de vaccination HPV, l'indice de mortalité et les registres du cancer pour toutes les femmes australiennes âgées de 15 ans ou moins lorsqu'elles sont éligibles pour le vaccin et ayant subi un dépistage entre avril 2007 (lorsque la vaccination a commencé) et le 31 décembre 2014. Ils ont effectué une régression des risques proportionnels de Cox, ajustée a priori pour l'âge, le statut socio-économique et la zone de résidence, pour estimer les rapports de risque de CIN2/CIN3/AIS/cancer histologiquement confirmés. Les résultats étaient les suivants : 250 648 femmes participantes dont 48 845 (19,5%) non vaccinées, 174 995 (69,8%) avaient reçu trois doses, 18 190 (7,3%) deux doses et 8 618 (3,4%) une dose. Le rapport de risque ajusté était significativement plus faible pour tous groupes de doses par rapport aux femmes non vaccinées [1 dose 0,65 (IC à 95% 0,52–0,81), 2 doses 0,61 (0,52–0,72) et 3 doses 0,59 (0,54–0,65)]. Avec ajustement pour l'âge au moment de la vaccination parmi le groupe vacciné, les rapports de risque ajusté pour les receveurs d'une dose et de deux doses étaient comparables à ceux des receveurs de trois doses (une dose 1,01 (IC à 95% 0,81 à 1,26), deux doses 1,00 (0,85 à 1,17).) Les auteurs ont conclu qu'une dose a eu une efficacité comparable à celle de deux ou trois doses dans la prévention des maladies de haut grade dans un milieu où la couverture vaccinale est élevée. Ces résultats appuient l'hypothèse selon laquelle une dose de

vaccination peut être une stratégie viable dans les efforts d'élimination mondiale du cancer du col de l'utérus (Brotherton et al., 2019).

- Revue systématique

Medline, EMBASE, Global Health Database et Cochrane Central pour les essais contrôlés ont été explorés pour les publications et les résumés de conférences (datant de janvier 1999 à août 2018) en utilisant des termes MeSH et non MeSH pour le virus du papillome humain ET les vaccins ET (immunogénicité OU efficacité) ET posologie. Les données ont été extraites des articles inclus et une synthèse a été réalisée sur l'efficacité contre l'infection à HPV16/18 et l'immunogénicité humorale. La fréquence des infections au HPV 16/18 était faible (par exemple $< 1\%$ pour 12-mois-d'infection persistante) chez tous les participants vaccinés jusqu'à sept ans après la vaccination et ne différaient pas significativement selon le nombre de doses ($p > 0,05$ dans tous les cas). La fréquence des infections était significativement plus faible chez les receveurs d'une dose par rapport aux témoins non vaccinés ($p < 0,01$ pour toutes les infections dans chaque étude). Les taux de séropositivité au HPV 16/18 étaient élevés chez tous les vaccinés contre le HPV (100% dans trois des quatre études faisant état de ce critère d'évaluation), même si les taux d'anticorps étaient inférieurs à un par rapport à deux ou trois doses. Les auteurs ont conclu que cette revue appuie l'hypothèse selon laquelle une dose de vaccin contre le HPV peut être aussi efficace que les schémas multidoses pour prévenir l'infection au HPV chez les jeunes femmes en bonne santé (Whitworth, 2020).

3.6. *Considérations socioéconomiques et éthiques*

- Ouganda

Les auteurs ont utilisé une approche de modélisation hybride à trois niveaux qui capturait la transmission du HPV, la carcinogenèse cervicale et la démographie de la population pour projeter les résultats sanitaires et économiques à long terme associés à la vaccination contre le HPV à une dose (en supposant une efficacité de 80% contre les infections au HPV-16/18 selon trois scénarios décroissants) et la vaccination contre le HPV à deux doses (en supposant une efficacité de 100% sur la durée de vie) en Ouganda. Les coûts comprenaient les coûts du programme de vaccination (schéma vaccinal et livraison) sur une période de 10 ans et les coûts du cancer du col de l'utérus sur la durée de vie de la population actuelle de femmes ougandaises. Les résultats ont montré que la vaccination systématique contre le HPV à dose unique des filles de 9 ans a nécessité un investissement initial substantiel, mais a permis de réaliser des économies par rapport à l'absence de vaccination si l'on tient compte des coûts compensés par les futurs cancers évités. Quarante ans après le début de la vaccination de routine et selon les hypothèses de déclin du vaccin, la vaccination contre le HPV à une dose avec une couverture équivalente (70%) a évité 15 à 16% des cas de cancer du col de l'utérus contre 21% avec la vaccination à deux doses, mais n'a nécessité que la moitié de l'investissement initial. Les auteurs ont conclu que la vaccination contre le HPV à une dose a entraîné des économies par rapport à l'absence de vaccination et pourrait être rentable par rapport à la vaccination à deux doses si la protection est de longue date et qu'une couverture plus élevée peut être obtenue (Burger et al., 2018).

- Dans 72 pays éligibles à Gavi

En utilisant des données démographiques et épidémiologiques pour 72 pays éligibles à GAVI, les auteurs ont estimé les cas de cancer du col de l'utérus et les décès évités, les années de vie

ajustées sur l'incapacité (DALY) évitées et les rapports coût-efficacité différentiels (\$/DALY évités) associés à la vaccination des jeunes adolescentes contre les HPV 16 et 18. Avec une couverture de 70%, la réduction moyenne du risque de cancer au cours de la vie est inférieure à 40% dans certains pays (par exemple, Nigeria, Ghana) et supérieure à 50% dans d'autres (par exemple, Inde, Ouganda, Kenya). À 10 dollars par fille vaccinée (environ 2,00 dollars par dose en supposant trois doses, plus les pertes en vaccin, l'administration et le soutien du programme), la vaccination était rentable dans tous les pays utilisant un seuil de Produit Intérieur Brut par habitant ; pour 49 des 72 pays, le coût par DALY évitée était inférieur à 100 \$ et pour 59 pays, il était inférieur à 200 \$. En tenant compte des hypothèses spécifiques au pays (Revenu National Brut par habitant, couverture DTC3, pourcentage de filles inscrites en cinquième année) pour l'année d'introduction, le pourcentage de couverture atteint la première année et les années jusqu'à la couverture maximale, une modélisation sur 10 ans a empêché la mort d'environ 2 millions de femmes vaccinées à l'adolescence. À condition qu'une couverture élevée des jeunes adolescentes soit réalisable et que les coûts des vaccins soient réduits, la vaccination contre le HPV 16,18 pourrait être très rentable, même dans les pays les plus pauvres (Goldie et al., 2023).

- Revue systématique

Les projections des avantages directs et indirects de la vaccination contre le HPV dans le cadre d'un calendrier à une dose ou à deux doses à partir de 11 modèles calibrés par pays ont été extrapolées aux autres pays du monde à l'aide du modèle PRIME (Papillomavirus Rapid Interface for Modeling and Economics). Les auteurs ont supposé que la vaccination à dose unique avec le 9vHPV avait une efficacité inférieure (80%) ou une durée de protection plus courte (soit 20 ou 30 ans) pour les types ciblés par le vaccin comparativement à la vaccination à deux doses (100% d'efficacité sur la durée de vie). Les stratégies de vaccination comprenaient la vaccination systématique des filles de 10 ans contre le HPV, y compris un rattrapage jusqu'à l'âge de 14 ans, en supposant une couverture de 80%. À l'échelle mondiale, la vaccination à dose unique devrait éviter 64 à 68,4 millions de cas de cancer du col de l'utérus sur 100 ans (2021-2120). Dans tous les modèles, environ 93,8 à 99,9% des cas de cancer du col de l'utérus évités grâce à la vaccination à deux doses ont été obtenus avec une vaccination à une dose. Le coût maximum qu'un pays devrait payer pour une deuxième dose était faible (1,20 USD dans les pays à revenu faible ou modéré ; 22,30 USD dans les pays à revenu élevé, en supposant une protection de 20 ans) (Single Dose HPV Vaccine Evaluation Consortium, 2022).

3.7. Aspects programmatiques et opérationnels

Le vaccin anti HPV a été homologué et enregistré par la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML) qui est l'autorité nationale de régulation. Ce vaccin, de même que les autres vaccins du PEV, est fournis au pays à travers l'UNICEF via sa centrale d'achat de Copenhague. Le processus d'expédition, de réception et de distribution du vaccin anti HPV est le même que celui des autres vaccins du PEV (Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination, 2023).

Les bénéficiaires du vaccin anti HPV, dans le PEV, sont les filles âgées de 9 ans (avec une extension à 14 ans pour le rattrapage) dont 80% se trouvent en milieu scolaire d'où l'application de la stratégie de vaccination dans les écoles. Des MAPI pouvant survenir à la suite de la vaccination, un système de surveillance des MAPI a été mis en place en 2000. Il fait partie du système de surveillance intégrée des maladies. Ce système a été redynamisé en 2017 avec la

mise en place de la surveillance des MAPI en routine (Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination, 2023).

4. Discussion

L'analyse des évidences présentées ci-dessus fait ressortir, dans cette section, les points essentiels sur le poids de la maladie, le vaccin et la vaccination, l'efficacité selon le schéma vaccinal, les aspects socioéconomiques et éthiques et les aspects programmatiques et opérationnels.

4.1. Poids de la maladie

De nombreux génotypes des HPV circulent en Côte d'Ivoire notamment les génotypes 16, 18, 31, 33, 35, 45 et 51 (Ouattara et al., 2017a ; Ouattara et al., 2017b). Tous ces génotypes sont à haut risque oncogène (HPV-HR) (Organisation Mondiale de la Santé, 2017 ; Soheili et al., 2021). Ces HPV, particulièrement les HPV-HR sont responsables de nombreux cancers en Côte d'Ivoire à savoir le cancer du col de l'utérus, de l'anus, de la vulve, du vagin, du pénis, de l'oropharynx, de la cavité buccale et du larynx. Parmi ces cancers, le plus fréquents est celui du col de l'utérus avec une incidence de 15,8 cas pour 100 000 femmes en 2020. Le cancer du col de l'utérus est la 2^e cause de décès dus au cancer chez la femme en Côte d'Ivoire, avec un nombre de perte en vie humaine estimé à 1 417 au cours de l'année 2020 (Bruni et al., 2023).

4.2. Vaccin et la vaccination

La vaccination est un des moyens efficaces de lutte contre les affections dues au HPV-HR. Le vaccin HPV nonavalent contient 71% (5 sur 7) des pseudo particules virales (PPV) des HPV-HR circulant en Côte d'Ivoire (OMS, 2022a ; Ouattara et al., 2017a ; Ouattara et al., 2017b). La vaccination contre les HPV-HR a débuté dans le PEV, en Côte d'Ivoire, en 2019, avec pour cible les filles âgées de 9 ans. Le vaccin utilisé dans le PEV est le quadrivalent. Le schéma vaccinal comprend 2 doses espacées de 6 mois (Bruni et al., 2023 ; Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination, 2023). Les couvertures vaccinales administratives enregistrées de 2020 à mars 2023 étaient inférieures à 65% pour la 1^{ère} dose (sauf en 2021 où une campagne de vaccination a favorisé l'obtention d'une couverture à plus de 100%) et en deçà de 50% pour la seconde dose (Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination, 2023). Selon les données de l'OMS, dans la région africaine, la couverture de la seconde dose du vaccin HPV est inférieure à celle de la première dose, de 2019 à 2021 (OMS, 2022b).

4.3. Efficacité selon le schéma vaccinal

Il ressort de diverses études réalisées au Kenya (Barnabas et al., 2022), en Tanzanie (Watson-Jones et al., 2022), au Costa Rica (Kreimer et al., 2020), en Australie (Brotherton et al., 2019) ainsi que d'une revue systématique (Whitworth, 2020), que le schéma vaccinal à dose unique est aussi efficace que les schémas à deux ou trois doses dans la prévention des infections dues aux HPV-HR. L'efficacité vaccinale reste élevée plus d'une décennie après la vaccination à dose unique (Kreimer et al., 2020). En ce qui concerne la survenue des infections persistantes à HPV après la vaccination utilisant un schéma à dose unique, 2 (0,26%) infections sont survenues après deux ans et demi se suivi parmi 760 participantes ayant reçu le bivalent et 4

(0,52%) sont survenues dans un groupe de 758 participantes ayant été vaccinées avec le nonavalent (Barnabas et al., 2022).

4.4. *Aspects socioéconomiques et éthiques*

Au plan économique, la vaccination contre les HPV à une dose a entraîné des économies par rapport à l'absence de vaccination et pourrait être rentable par rapport à la vaccination à deux doses si la protection est de longue durée et la couverture vaccinale la plus élevée (Burger et al., 2018). En effet, une couverture vaccinale de 70% peut entraîner une réduction moyenne d'environ 40% à 50% du risque de cancer au cours de la vie selon les pays. En plus, une modélisation a montré que la vaccination contre les HPV a empêché, sur une période de 10 ans, le décès de 2 millions de femmes vaccinées à l'adolescence (Goldie et al., 2023). À l'échelle mondiale, la vaccination à dose unique devrait éviter 64 à 68,4 millions de cas de cancer du col de l'utérus sur 100 ans (2021-2120). Il est important de noter que dans tous les modèles, environ 93,8 à 99,9% des cas de cancer du col de l'utérus évités grâce à la vaccination à deux doses ont été obtenus avec une vaccination à une dose (Single Dose HPV Vaccine Evaluation Consortium, 2022).

Au plan éthique, vacciner la population à risque en vue de réduire l'impact du cancer du col de l'utérus, cancer le plus prévalent et le plus mortel dans la population féminine, semble une démarche parfaitement logique, ce, d'autant plus que la stratégie vaccinale en question ne présente aucun effet indésirable grave. En outre, vacciner dorénavant avec une seule dose au lieu de deux doses allègera la charge de travail déployé dans le suivi fastidieux de la vaccination à deux doses. En plus, les économies réalisées par la vaccination à dose unique pourront servir à étendre la vaccination aux garçons âgés de 09 à 14 ans.

4.5. *Aspects programmatiques et opérationnels*

En Côte d'Ivoire, le vaccin actuellement utilisé contre le HPV est le quadrivalent.

Cependant, en raison de la diversité des génotypes de HPV circulant dans le pays, le type de vaccin approprié est le nonavalent car il contient des pseudoparticules virales ciblant 5 des 7 génotypes de HPV circulant en Côte d'Ivoire (OMS, 2022a ; Ouattara et al., 2017a ; Ouattara et al., 2017b).

En termes de disponibilité et de livraison, le vaccin à utiliser pour le schéma vaccinal à dose unique sera disponible selon les mêmes procédures que les autres vaccins du PEV. Toutefois, les services en charge des commandes des médicaments doivent faire bénéficier aux populations cibles des vaccins de bonne qualité, tant il est vrai que ces produits peuvent être falsifiés. Il revient également aux autorités sanitaires d'assurer de façon permanente le transport adéquat, la gestion de la chaîne du froid et l'élimination des déchets de la vaccination.

5. Conclusion

La morbidité et la mortalité du cancer du col de l'utérus est assez élevée en Côte d'Ivoire ce qui fait de cette affection la 2^e cause de cancer la plus fréquente chez les femmes âgées de 15 à 44 ans et la 2^e cause de décès dus au cancer chez la femme dans le pays. Dans une étude, l'efficacité de la dose unique du vaccin nonavalent ou du vaccin bivalent contre les HPV était de 97,5 %. Dans une autre étude, 99% des participants ayant reçu une dose du vaccin bivalent ou du vaccin nonavalent contre les HPV étaient séropositifs pour les anticorps IgG contre le HPV 16, contre 100% des participantes ayant reçu deux doses et 100% des participantes qui

ont reçu trois doses. Une dose du vaccin HPV conférant une efficacité vaccinale semblable à celle induite par deux ou trois doses, la mise en œuvre d'un schéma vaccinal à dose unique est donc bénéfique du point de vue opérationnel et économique et permettrait d'élargir la cible de la vaccination aux garçons. Par conséquent, le CNEIV-CI a recommandé le schéma vaccinal à dose unique contre le HPV dans le PEV en Côte d'Ivoire. Toutefois, des stratégies telles que la vaccination dans les écoles et les campagnes de vaccination doivent être mises en œuvre pour obtenir une couverture minimale de 80% pour le vaccin HPV afin que l'adoption de ce schéma vaccinal soit bénéfique du point de vue santé publique. La réussite de la mise en œuvre de ces stratégies nécessite une sensibilisation des parents car la cible du vaccin est constitué d'adolescents dont la décision de leur vaccination relève de leurs parents.

Conflit d'intérêts

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt.

Références

- Barnabas, V.R., Brown, R.E., Onono, A.M., Bukusi, A.E., Njoroge, B., Winer, L.R., & Mugo N., (2022). Efficacy of single-dose HPV vaccination among young African women. *NEJM Evid.*, 1(5):EVIDoa2100056. doi: 10.1056/EVIDoa2100056
- Brotherton, M.L.J., Budd, A., Rompotis, C., Bartlett, N., Malloy, J.M., Andersen, L.R., & Saville, M., (2019). Is one dose of human papillomavirus vaccine as effective as three?: A national cohort analysis. *Papillomavirus Res.*, 8:100177. doi: 10.1016/j.pvr.2019.100177
- Bruni, L., Albero, G., Serrano, B., Mena, M., Collado, J.J., Gómez, D., & de Sanjosé S., (2023). Human Papillomavirus and Related Diseases in Côte d'Ivoire. *Summary Report*. <https://hpvcentre.net/statistics/reports/CIV.pdf>
- Burger, A.E., Campos, G.N., Sy, S., Regan, C., Kim, J.J., (2018). Health and economic benefits of single-dose HPV vaccination in a Gavi-eligible country. *Vaccine*, 36(32 Pt A):4823-4829. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.04.061
- CNEIV-CI, (2019). Recommandation du CNEIV-CI sur la vaccination contre le *Papillomavirus humain*.
- De Martel, C., Plummer, M., Vignat, J., Franceschi, S., (2017). Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer*, 141:664-670. doi: 10.1002/ijc.30716
- Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination. Plan d'introduction du vaccin antipaludique dans le Programme Elargi de Vaccination de Côte d'Ivoire, (2023). 59 p.
- Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination. Présentation de l'évolution des couvertures vaccinales HPV, (2023)
- Goldie, J.S., O'Shea, M., Campos, G.N., Diaz, M., Sweet, S., Kim, S.Y., (2008). Health and economic outcomes of HPV 16,18 vaccination in 72 GAVI-eligible countries. *Vaccine*, 26(32):4080-93. doi: 10.1016/j.vaccine.2008.04.053
- Greer, E.C., Wheeler, M.C., Ladner, B.M., Beutner, K., Coyne, Y.M., Liang, H., & Ralston, R., (1995). Human papillomavirus (HPV) type distribution and serological response to

- HPV type 6 virus-like particles in patients with genital warts. *J Clin Microbiol*, 33(8):2058-2063. doi: 10.1128/jcm.33.8.2058-2063.1995
- Kreimer, R.A., Sampson, N.J., Porras, C., Schiller, T.J., Kemp, T., Herrero, R. & Pinto, A.L., (2020). Evaluation of durability of a single dose of the bivalent HPV vaccine: The CVT trial. *JNCI J Natl Cancer Inst*, 112(10):djaa011. doi: 10.1093/jnci/djaa011
- Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. (2023). *Courrier* 2185 du 23 mars
- OMS. (2022b). Human Papillomavirus (HPV) vaccination coverage. Consulté le 15 mai 2023 ; récupéré à partir de l'adresse web https://immunizationdata.who.int/pages/coverage/hpv.html?CODE=AFR&ANTIGEN=PRHPVC_F&YEAR=>
- OMS. (2017). Vaccin contre les papillomavirus humains : note de synthèse de l'OMS, mai 2017. *REH*, 92(19):241-268
- OMS. (2022a). Vaccins contre les papillomavirus humains : note de synthèse de l'OMS (mise à jour de 2022). *REH*, 97(50):645-672
- Ouattara, A., Yéo, A., Blavo-Kouame, E.B., Koffi, T.F., Saraka, N.D., Faye-kette, H., & Dosso, M., (2017b). Humans *Papillomavirus* (Hpv) Infections in female sex workers in Côte d'Ivoire. *AJCRR*, 1(3):1-12. doi:10.28933/ajocrr-2017-11-2203
- Ouattara, A., Yeo, A., Blavo-Kouame, E.B., Koffi, T.F., Saraka, N.D., Oura, P.K., & Dosso, M., (2017a). Detection of cervical human papillomavirus in women attending for cervical cancer screening by visual inspection in Côte d'Ivoire. *J Cancer Res Exp Oncol*, 9(2):7-15. doi: 10.5897/JCREO2017.0152
- Public Health Resource Unit. (2006). Critical Appraisal Skills Programme (CASP): making sense of evidence. England. Consulté le 26 mai 2023 ; récupéré à partir de l'adresse web <http://www.pillole.org/public/aspnuke/downloads/documenti/strumentiappraisal.pdf>
- SAGE. (2022a). Efficacy, effectiveness and immunogenicity of one dose of HPV vaccine compared with no vaccination, two doses, or three doses. Consulté le 26 mai 2023 ; récupéré à partir de l'adresse web https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_Docs_Ppt_Oct2019/5_session_HPV_vaccine/Oct2019_session5_final_one-dose-HPV.pdf
- SAGE. (2022b). Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) Working Group on potential contribution of HPV vaccines and immunization towards cervical cancer elimination. Consulté le 26 mai 2023 ; récupéré à partir de l'adresse web [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/position_paper_documents/human-papillomavirus-\(hpv\)/hpv-background-document--report-march-2022.pdf?sfvrsn=b600e252_1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/position_paper_documents/human-papillomavirus-(hpv)/hpv-background-document--report-march-2022.pdf?sfvrsn=b600e252_1)
- Single Dose HPV Vaccine Evaluation Consortium. (2022). Review of the current published evidence for single-dose HPV vaccination. Consulté le 26 mai 2023 ; récupéré à partir de l'adresse web https://media.path.org/documents/20220328_SDHPV_Evidence_Review_Edition_4_Final_L2.pdf?_gl=1*am3vi8*_gcl_au*NDcyMTY0NTk5LjE3MjU2MTk5MDg.*_ga*ODg0Mjk3Nzk3LjE3MjU2MTk5MDg.*_ga_YBSE7ZKDQM*MTcyNTYxOTkwOC4xLjAuMTcyNTYxOTkwOC42MC4wLjA

- Smith, S.J., Gilbert, A.P, Melendy, A., Rana, K.R, Pimenta, M.J., (2011). Age-specific prevalence of human papillomavirus infection in males: a global review. *J Adolesc Health*, 48(6): 540-52. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.03.010
- Soheili, M., Keyvani, H., Soheili, M., Nasser, S., (2021). Human papilloma virus : A review study of epidemiology, carcinogenesis, diagnostic methods, and treatment of all HPV-related cancers. *Med J Islam Repub Iran*, 35:65. doi: 10.47176/mjiri.35.65
- Sturegard, E., Johansson, H., Ekström, J., Hansson, B.G., Johnsson, A., Gustafsson, E., & Forslund, O., (2013). Human papillomavirus typing in reporting condyloma. *Sex Transm Dis*, 40:123-129. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31827aa9b3
- Vardas, E., Giuliano, R.A., Goldstone, S., Palefsky, M.J., Moreira, D.E., Penny, E.M. & Guris, D., (2011). External genital human papillomavirus prevalence and associated factors among heterosexual men on 5 continents. *JID*, 203(1):58-65. doi: 10.1093/infdis/jiq015
- Watson-Jones, D., Chagaluch, J., Whitworth, H., Pinto, L., Mutani, P., Indangasi, J. & Baisley, K., (2022). Immunogenicity and safety of one-dose human papillomavirus vaccine compared with two or three doses in Tanzanian girls (DoRIS): an open-label, randomised, non-inferiority trial. *Lancet Glob Health*, 10(10): e1473-e1484. doi: 10.1016/S2214-109X(22)00309-6.
- Whitworth, S.H., Gallagher, E.K., Howard, N., Mounier-Jack, S., Mbwanji, G., Kreimer, R.A. & Watson-Jones, D., (2020). Efficacy and immunogenicity of a single dose of human papillomavirus vaccine compared to no vaccination or standard three and two-dose vaccination regimens: a systematic review of evidence from clinical trials. *Vaccine*. 2020; 38(6):1302-1314. doi: 10.1016/j.vaccine.2019.12.017
- World Health Organization. Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization Evidence to recommendations framework. Consulté le 26 mai 2023 ; récupéré à partir de l'adresse web <[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/position_paper_documents/human-papillomavirus-\(hpv\)/evidence-to-recommendation-table-1-dose-vs-2-dose.pdf?sfvrsn=eb11e290_1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/position_paper_documents/human-papillomavirus-(hpv)/evidence-to-recommendation-table-1-dose-vs-2-dose.pdf?sfvrsn=eb11e290_1)>

2025 DOUBA., 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 23 September 2024
Accepted, 10 February 2025
Published, 25 February 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite : Zinzina & Bawa (2025). Importances et Contraintes environnementales socio-économiques de l'exploitation minière au Mali : cas de la mine d'or de Morila dans la commune rurale de sanso, cercle de Koumantou. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(1), 36-54. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.1>

Research

Importances et Contraintes environnementales socio-économiques de l'exploitation minière au Mali : cas de la mine d'or de Morila s.a dans la commune rurale de sanso, cercle de Koumantou

Importance and environmental socio-economic constraints of mining in Mali: case of the Morila s.a gold mine in the rural commune of Sanso, Koumantou circle

Modibo Zoumana COULIBALY

Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux de Bamako ; Mali

modibodis2011@gmail.com ; Tel 75.40.85.98

Résumé

Cette étude porte sur les contraintes et importances environnementales, socio-économiques de la société minière de Morila dans la commune rurale de Sanso. L'exploitation minière ruine véritablement l'environnement, la santé et les valeurs socio-culturelles de la population, mais elle reste une source d'espoir et un vecteur d'amélioration des conditions de vie de la population locale de Sanso. L'objectif de cette étude vise à analyser les répercussions environnementales et socio-économiques de l'exploitation minière dans la commune rurale de Sanso. L'approche méthodologique s'est appuyée sur la recherche documentaire et la réalisation d'une enquête quantitative et qualitative. La taille de l'échantillon quantitative s'élève à 90 chefs de ménages et 9 personnes ressources. Les résultats de cette étude ont montré que, la mine a créé des emplois directs par le biais du recrutement des jeunes locaux et qui a favorisé l'augmentation des revenus familiaux. Elle a aussi favorisé le développement des petits commerces et la construction des services sociaux de base comme les écoles, la mosquée, le pont, les châteaux d'eau, la structure administrative, le centre de formation, l'aménagement hydro agricole et de réhabilitation de centre de santé dans la commune rurale de Sanso. En plus des retombées économiques et sociales, l'exploitation minière est en train de dégrader les ressources forestières et pédologiques, de réduire les espaces agricoles, de détériorer la santé de la population, et d'impacter négativement les us et les coutumes par la prolifération des bars qui a débouché sur l'insécurité dans la commune de Sanso.

Mots clés : environnements, Impacts, Sanso. Socio-économiques, commune.

Abstract

This study focuses on the environmental and socio-economic constraints and importance of the Morila mining company in the rural commune of Sanso. Mining is ruining the environment,

health and socio-cultural values of the population. Still, it remains a source of hope and a vector for improving the living conditions of the local population of Sanso. This study aims to analyse the environmental and socio-economic repercussions of mining in the rural commune of Sanso. The methodological approach was based on documentary research and the conduct of a quantitative and qualitative survey. The quantitative sample size is 90 heads of households and nine resource persons. This study showed that the mine has created direct jobs by recruiting local youth, which has helped increase family income. It has also promoted the development of small businesses and the construction of basic social services such as schools, mosques, bridges, water towers, administrative structures, training centres, hydro-agricultural development and the rehabilitation of the health centre in the rural commune of Sanso. In addition to the economic and social repercussions, mining is degrading forest and soil resources, reducing agricultural areas, deteriorating the population's health, and negatively impacting customs and traditions through the proliferation of bars, leading to insecurity in the commune of Sanso.

Keywords: *environments, Impacts, Sanso. Socio-economic, commune.*

1. Introduction

En ce début du XIX^e siècle, l'opinion internationale est convaincue de l'imminence de grandes perturbations et les termes environnement, protection, meilleure gestion du milieu terre et de ses ressources sont évoqués (R. Djossou 2014, p78).

En effet, l'aménagement du territoire et la protection de la nature constituent des défis pour un développement durable. Ainsi, une meilleure gestion de la nature doit se fonder sur le maintien, la conservation, l'aménagement et l'utilisation des ressources naturelles. Mais la pression démographique combinée à la forte demande sans cesse croissante en ressources naturelles met à rude épreuve la capacité de charge de l'environnement à répondre aux besoins des populations (F E Ogan, 2012, p79). Or, les ressources naturelles existent en quantité souvent limitée et constituent cependant des richesses à l'état latent des populations qui les détiennent. Malheureusement, leur exploitation incontrôlée génère des contraintes qu'il convient de juguler par des politiques efficaces et efficientes.

Le principal impact lié au composant sol est l'érosion. Sur le terrain ce processus intervient suite aux différentes causes. Elle est due à la destruction de la pente naturelle du terrain suite aux séries d'excavations, la destruction de son aspect initial, donc de l'esthétique du paysage. Il y a aussi le processus de tamisage dans les plans d'eau, dans le cadre de l'orpillage à l'intérieur de l'Aire Protégée d'Ibity, qui conduit à l'érosion des sols in-situ à cause de la destruction des berges et aux suspensions des solides dans l'eau.

Le principal impact sur la qualité des eaux superficielles est la très forte augmentation du taux de matières en suspension résultant du processus de lavage des minerais aurifères. Les roches et les terres qui s'accumulent dans les cours d'eau, ont perturbé la dynamique des ruisseaux et des affluents (S.Rijaniaina, 2015, p40).

En amont de la montagne, l'exploitation de l'or a déjà déplacé une grande quantité de roches qui se sont le plus souvent déversées dans les rivières soit par gravité soit emmenées par les eaux de pluies. Un autre problème semble inquiétant dans le processus d'extraction de l'or. Bien que nous n'ayons pas pu voir nous-mêmes, on nous a rapporté que certains orpailleurs

commencent à utiliser des matières toxiques comme le mercure pour récupérer l'or. Cette pratique est potentiellement dangereuse, en contaminant le sol et les eaux (S.Rijaniaina, 2015, p41).

Les activités minières présentent des impacts potentiels sur le bilan hydrique, le réseau hydrographique et la qualité des eaux (Environnement Canada, 2012, p5). La perturbation du régime hydrologique et du fonctionnement des bassins versants est causée essentiellement par les activités minières suivantes (SESAT, 2012, p6) : le déboisement et le défrichement des terrains pour la mise en place des infrastructures minières (telle que la construction de routes d'accès, le forage exploratoire, l'enlèvement des morts-terrains ou la construction de parcs à résidus miniers) entraînent la perturbation du régime hydrologique. Il est estimé que l'extraction minière, jointe à la prospection du pétrole, met en péril 38% des dernières étendues de forêt primaire du monde (Mouvement Mondial pour les Forêts Tropicales, 2004, p91). La modification de la topographie des terrains et la dénudation des sols, influent les taux de ruissellement, d'infiltration et d'évapotranspiration de l'eau et accentuant les risques d'érosion hydrique et de décapage des sols ; les prélèvements excessifs des eaux douces de surface pour les opérations de traitement des minerais et le détournement des cours d'eau naturels perturbent le régime hydrique notamment leur charge sédimentaire et leur débit ; les déversements dans les cours d'eau de grandes quantités de terres issues du lavage ou du dépôt de mort terrain peuvent également donner lieu à des obstructions partielles ou totales des chemins d'écoulements (envasement, ensablement) ; le pompage d'eaux souterraines en vue de maintenir les galeries et les fosses à sec sont responsables du rabattement de la nappe phréatique et le tarissement de certaines sources et résurgences d'eau utilisées comme eau de consommation par les populations locales. Des inondations peuvent survenir dans certains cas (MEDDE-France, 2011, p12).

A Madagascar, le secteur de l'exploitation minière artisanale est l'un des plus grands fournisseurs d'emplois. Selon les estimations, 500 000 personnes travaillent à temps plein ou de manière saisonnière à l'extraction artisanale de l'or et des pierres précieuses, ce qui est moins que pour le secteur agricole, mais plus que pour l'industrie textile et de l'habillement. Si elle a contribué fortement à l'économie nationale et aux moyens de subsistance locaux à Madagascar, l'exploitation minière artisanale a également été associée à de nombreux impacts défavorables à la santé, à la sécurité, à l'harmonie sociale, à l'environnement, aux recettes fiscales, ainsi qu'à la corruption et au commerce illicite (Banque Mondiale, 2016, p21)

L'exploitation de l'or au Mali remonte depuis l'empire du Ghana au III^{ème} siècle. Le sous-sol Malien est très riche en ressources minières, mais inexploité. Parmi ces ressources, seul l'or est véritablement exploité. L'or avec une production annuelle de plus de 65 tonnes par an, 3^{ème} producteur Africain après l'Afrique du Sud et le Ghana. Les principaux gisements exploités au Mali sont : Morila, Loulo, Kalana, Syama, Sadiola, Yatela, Tabakoto (DNGM, 2019, p14).

Depuis 1999, l'or constitue le principal produit d'exportation du Mali. La production annuelle oscillait autour de 50 tonnes en 2002, représentant 75% des valeurs des exportations en 2008. Ce qui place le Mali aux rangs du troisième pays producteur d'or en Afrique après la République d'Afrique du Sud et le Ghana et onzième dans le monde. Avec le sous-secteur de neuf mines d'or dont Morila, Kalana, Syama, Yatela, Sadiola et Loulo, etc.) en exploitation, ce sont 12 .000 emplois directs qui sont créés. Il participe à hauteur de 7,1% au PIB et d'environ, 220 milliards de CFA aux recettes du budget de l'État malien (DNGM, 2019, p15).

L'exploitation minière industrielle impacte énormément l'environnement. Elle constitue aussi un des facteurs de conflits incessants dans les zones d'exploitation. Au cours de ces dernières années, notre planète est restée marquée par des modifications avec les répercussions importantes. Ces modifications sont incompatibles avec le concept du développement durable. Les pouvoirs publics se trouvent confrontés entre la nécessité de promouvoir à des fins socio-économiques, l'exploitation de ses ressources minérales et l'obligation de sauvegarder l'environnement en maintenant les nuisances dues aux exploitations à un niveau acceptable.

Pourtant, l'engagement du Mali pour la protection de l'environnement est inscrit dans la constitution en ces termes : « *Toute personne a droit à un environnement sain. La protection, la défense de l'environnement et la promotion de la qualité de la vie, sont un devoir pour tous et pour l'Etat* » (Journal Officiel de la République du Mali / Décret N°2023-0401/PT-RM du 22 juillet 2023)

Le secteur minier joue un rôle important dans le développement socio-économique du Mali. Signalons que le pays bénéficie de près de 10% de son PIB à l'industrie aurifère qui génère 80 % des recettes d'exportation et 25% des recettes fiscales, soit une production de 50 tonnes d'or annuellement. (DNGM, 2019, p23)

Au Mali comme dans tout pays où se fait l'exploitation de ressources naturelles, on y trouve des impacts négatifs : Impacts Environnementaux : L'exploitation minière au Mali se fait généralement dans des zones très riches en biodiversité. La faune et la flore étant dépendantes, ainsi, la dégradation de la flore engendre automatiquement celle de la faune. La survie de ces espèces dépend des conditions du sol, du climat local, etc... Elle peut donc avoir des conséquences néfastes sur l'environnement, notamment la pollution des sols, de l'eau, et la déforestation (Le monde Afrique, 2024, p3).

Les activités minières peuvent également entraîner des déversements de substances toxiques comme le cyanure et le mercure, affectant la santé humaine et l'écosystème. Les enfants sont souvent victimes de travail forcé, et d'abus sexuels dans les zones minières. La même organisation dénonce également la distribution inégale des richesses dans ces zones malgré les énormes bénéfices engendrés dans le secteur de l'exploitation minière. Les sites miniers sont dangereux et il est nécessaire d'y prendre les mesures nécessaires afin de minimiser les dégâts. Comme l'atteste l'effondrement récent d'une mine d'or au Mali qui a causé la mort de plus de 70 personnes (Le monde Afrique, 2024, p4). Cela peut être dû aux conditions de travail précaires et l'insuffisance de contrôle des autorités.

L'exploitation minière au Mali présente de nombreux enjeux économiques et défis sur le plan économique, l'exploitation minière a un rôle très important dans le PIB et les exportations du Mali. Son impact dans le cadre du développement économique global du pays reste cependant limité. Le secteur minier malien a attiré de nombreux investisseurs suite à la réforme du Code minier en 2012, les bénéfices tirés par l'État malien sont jugés insuffisants. Il existe des préoccupations concernant les pratiques de manipulation des prix de transfert par les multinationales, qui privent le Mali de recettes fiscales légitimes (Géronimi, V. et Mainguy, C. 2020, p21).

La question d'une gouvernance transparente : L'état a montré ses insuffisances sur sa capacité de gestion (contrôle et régulation) du secteur minier avec le délestage du secteur au profit du secteur privé. Il y a un manque de transparence dans la gestion des revenus miniers et leur

répartition entre l'État, les entreprises et les communautés locales (fédération internationale des droits de l'Homme, 2005).

L'exploitation minière a permis d'améliorer les conditions de vie des populations locales mais toujours pas de manière significative. Les populations riveraines des exploitations minières font face à des difficultés de natures sociales et environnementales liés aux activités minières.

L'exploitation des mines est à l'origine de nombreux impacts environnementaux, notamment sur la terre, l'eau, l'atmosphère, etc...

Les questions de réhabilitation des sites miniers après leur exploitation reste un défi majeur au Mali. En somme, l'exploitation minière a de grands impacts positifs sur l'économie malienne mais sur la question du développement durable et de la répartition équitable des richesses, l'état peine toujours (M.P. BATHILY, 2024, p61).

La mine de Morila a ouvert en 2000, mais elle n'a été inaugurée qu'en 2001. En 2004, beaucoup de travailleurs de la mine d'or de Morila S.A sont partis en grève, faute du non paiement des salaires. En 2008, sa fermeture a été programmée pour, 2 013 par l'État malien. Mais elle été repoussée à plusieurs reprises en raison de la découverte de réserves importantes d'or, beaucoup plus importantes, que prévues. L'activité minière dans sa forme industrielle a débuté dans la commune rurale de Sanso dans les années, 1999 -2000 avec la société Randgold. Mais aujourd'hui, la mine d'or de Morila est gérée par l'entreprise australienne Firefinch.

Mais, lors de la journée mondiale de l'environnement de 2015, l'entreprise a été certifiée ISO 14 001. En 2 017, la mine s'est répandue vers la commune rurale de Domba. Ce qui a conduit la compagnie à déguerpir une partie des villageois. Mais les nuisances sonores et la poussière étaient telles que, la commune a porté plainte à plusieurs reprises et a demandé l'annulation des travaux. Cette plainte est restée sans une suite favorable dans la mesure où il existait des réserves d'or à exploiter (DNGM, 2 010, p12).

La mine de Morila était exploitée par deux sociétés étrangères, britannique (Randgold Ressource) et sud-africaine (Anglogold Ashanti). Ces sociétés bénéficiaient d'une belle part, au détriment de l'État malien. Elles bénéficiaient 80% des revenus et à 20 % de part pour l'État malien. Selon Randgold Ressource (compagnie britannique), elle a produit plus de 70 000 onces d'or pour un profit plus de 19 millions de francs CFA en 2 017. Elle est exploitée de nos jours par une société australienne (Firefinch limited) (rapport de la société minière de Morila,2023, p3).

Les activités d'extraction et du traitement de minerai de l'or au Mali participent à la dégradation de la flore et de la faune à la dénaturation de la structure des sols, à la pollution des ressources en eaux, et à la pollution de l'air. À cela s'ajoutent, la réduction biologique, la perte des terres cultivables, la diminution des zones pastorales, la pollution des eaux de surface et souterraine, la modification du paysage. En plus des impacts environnementaux, on constate aussi des conséquences néfastes sur le plan sanitaire et qui modifient considérablement les activités économiques des populations (agriculture, élevage, pêche etc.). Nous pouvons noter la présence du parc à boue qui pose problème à la vie humaine et tue les animaux.

De nos jours, la population de Morila dénonce le non-respect des droits à un environnement sain et à la protection de l'environnement, à l'eau, et à la santé etc. Aujourd'hui, les questions écologiques de développement durable attirent l'attention de l'Etat malien et des ONG locales, très regardants sur la question. Le Mali, comme beaucoup de pays du monde, cherche à créer

un environnement sain et favorable à l'épanouissement de la population. Les communautés locales constituent une partie prenante importante de projets miniers. Cependant, leur préoccupation est bien souvent lésée par les entreprises minières.

Beaucoup de sites miniers sont encore abandonnés après l'exploitation. En effet, un site minier subit de stress importants sur le plan physique, chimique et biologique. Une bonne gestion de la fermeture peut atténuer les impacts de cette exploitation minière et améliorer les conditions de vie des populations locales. C'est ainsi que l'entreprise Randgold Ressource a conçu un projet d'agro-business pour permettre aux populations locales de continuer à avoir des revenus et pour utiliser l'espace transformé par la mine. Des projets d'aviculture (la volaille), d'apiculture (technique d'obtenir le miel), la pisciculture (élevage des poissons), d'agriculture ont donc déjà commencé à se mettre en place. Elle propose aussi, un centre qui emploie les locaux et leur propose des perfectionnements ainsi que des formations aux développements durables et aux ressources humaines (Rapport de la société minière de Morila, 2023, p20).

Certaines conventions entre la mine d'or et la population locale, la mairie ont été prises en compte. Notamment, les 90 % des jeunes recrutés sont des localités suivantes : Morila, Sanso, Domba et Fingola. De même, la mine a investi 6, 7 milliards de FCFA de 2 000 à 2 014 dans le développement communautaire, selon le directeur général de la mine Adama Koné. Il a aussi démontré que le fonds des dommages liés à l'exploitation s'élève pour un montant total de 214 millions de FCFA. De même, la mine d'or a réalisé une banque de céréales et donné quatre tracteurs de labour à Sanso, Morila, Domba et Fingola, afin d'alléger leurs charges.

Selon le (rapport de la société minière de Morila 2023, p5), la société minière de Morila a versé 5, 07 milliards de FCFA de patente aux communautés locales, dont 3, 04 milliards à la commune de Sanso, 1, 2 milliards au conseil de cercle de Bougouni et 773 millions de FCFA au conseil régional de Sikasso ». La mine a réalisé entre autres, des forages, fourni des équipements médicaux aux différents centres de santé, construit des classes et fait des clôtures des écoles. Des plaines rizicoles ont été mises en valeur à Morila et à Finkola, ainsi que des périmètres maraîchers. Des ponts et deux mosquées ont également été construits à Sanso et à Domba. Sanso a, en plus, bénéficié d'un nouveau bâtiment pour sa sous-préfecture, plus un marché et des installations d'adduction d'eau. Mais malgré son importance, la mine d'or de Morila entraîne la dégradation de l'environnement.

L'objectif de cette étude est de montrer les implications négatives et positives de l'exploitation minière dans la commune rurale de Sanso.

Nous nous sommes posés des questions spécifiques suivantes : quels sont les effets néfastes de la société minière sur l'environnement ?, quel est l'implication de la société minière sur l'aménagement us et coutumes ?, quel est l'implication de la société minière sur le développement économique ?, quelles sont les importances sociales de la société minière de Morila sur le développement social ? .L'article est articulé autour du plan suivant : les contraintes de l'exploitation minière sur : l'environnement ; les us et coutumes ; les implications positive de la société minière sur le développement socio-économique de la commune.

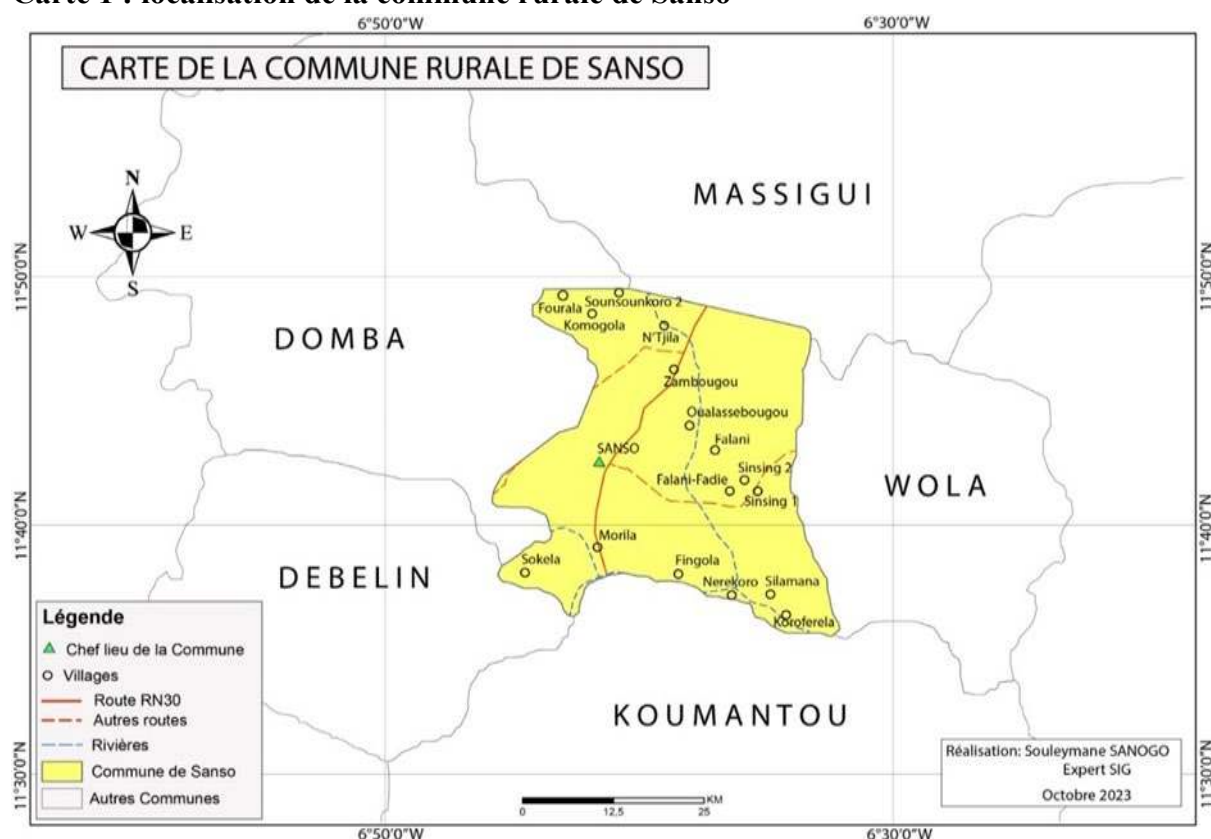
2. Matériel et méthodes

2.1. Présentation de la commune rurale de Sanso

La commune rurale de Sanso à l'instar des autres communes, est créée par la loi 96-059/AN-RM du 4 Novembre 1996 portant création de commune en République du Mali. Elle fait partie du nouveau cercle de Koumatou dans la région de Bougouni (PDSEC de la commune, 2021,p12)

La commune rurale de Sanso est limitée au Nord par la commune rurale de Massigui, au Sud par les communes rurales de Koumantou et Débélín, à l'Ouest par la commune rurale de Domba et à l'Est par la commune rurale de Wola (carte 1).

Carte 1 : localisation de la commune rurale de Sanso



La carte 1 nous indique la position du chef-lieu de la commune rurale de Sanso et ses différents villages. Elle nous informe des limites de la commune rurale de Sanso avec les communes avoisinantes, ainsi que les différentes routes et la route nationale RN30 qui desservent la commune. Comprise entre les isohyètes 1000 et 1200 mm, la commune a un climat soudano-guinéen. La succession d'une saison pluvieuse et d'une saison sèche favorise l'extension de ces sols cuirassés. La saison sèche connaît deux périodes : une période sèche et une période fraîche. La période froide qui s'étend de Novembre à Janvier, se caractérise par des chutes de températures entre 30° le jour et de 10° la nuit. La période sèche est comprise entre février et mai. Elle connaît des températures plus élevées de 35° à 40°C.

Les variations de température sont très importantes au cours de l'année. Deux vents dominants soufflent dans le milieu : la mousson qui est un vent humide apporte la pluie et l'harmattan, un

vent chaud et sec. La végétation est dominée par la savane arborée ou les graminées sauvages sont dominées par des grands arbres tels que le Karité, le Néré, le caïcedrat, le kapokier et quelques baobabs.

Les sols sont ferrugineux tropicaux lessivés, souvent cuirassés et alluviaux. Dans les plaines et bas-fonds, les sols hydro morphes sont fréquemment rencontrés. Ces derniers types sont très propices à la riziculture et surtout au maraîchage (PDSEC, 2021, p9)

La faune est composée essentiellement d'antilopes, de singes, de phacochères, de perdrix, pintades, et d'éperviers, etc. (DNP -SLPSIAP, 2022, p3).

Située dans le bassin versant du fleuve Bani, il existe dans la commune de Sanso de multiples marigots et de rivières : le Djaratoukô, le N'tossonkô, le Koba, le marigot de Zambougou, Finkoua de Morila. Ces marigots saisonniers drainent les eaux de pluie vers la Bagoé (PDSEC, 2021, p11). La commune a une population de 28 821 habitants dont 14 432 hommes (51,88%) et 14 389 femmes (48,12%) avec un taux d'accroissement naturel de 4,18%. La densité moyenne de la population est de 25,20 habitants au Km². Le taux de natalité est de 54,61 pour mille contre 12,8 pour le taux mortalité. L'ethnie dominante est le bambara. Cependant, avec l'existence de la mine, la population de la commune est cosmopolite surtout avec la présence de la mine d'or de Morila (DNP – SLPSIAP, 2022, p2).

Le permis de 211,2 km² de la mine d'or de Morila a été délivré le 4 Août 1999, sous le décret n° 99-217 /PM-RM pour une période de 30 ans à la Société Randgold. Les installations de la mine sont bâties sur 1 252 hectares. Aujourd'hui, la mine d'or de Morila est gérée par l'entreprise australienne Firefinch (rapport de la société minière de Morila 2023, p7).

2.2.Méthodologie de recherche

Elle s'est appuyée sur la recherche documentaire, et la réalisation d'enquêtes. La recherche documentaire a consisté en l'exploitation des principaux travaux réalisés sur la thématique. Nos consultations ont porté sur les mémoires de master et de maîtrise, des articles, des rapports et des ouvrages généraux et spécialisés. La procédure d'échantillonnage à choix raisonné a été utilisée pour sélectionner les 3 villages (tableau1) les plus proches du site minier et potentiellement touchés ou impactés par les activités minières industrielles de la société minière de Morila sur les 16 villages que compte la commune. Les enquêtes ont eu lieu dans les 3 villages les plus proches de la société minière. Elles ont concerné 99 personnes dont 90 chefs de ménage et 9 personnes ressources dont 3 agents de l'administration de la société minière ; 2 conseillers à la mairie de Sanso et 2 agents de CSCoM de Sanso et 2 directeurs d'école.

Tableau 1 : répartition de l'échantillon par village selon leur taille

Villages	Population (2021)	Echantillon	Fréquence %
Sanso	10547	35	39
Morila	471	1	1
Fingola	16394	54	60
Total	27412	90	100

Source : PDSEC de la commune, 2021

Le tableau ci-dessus constitue les villages enquêtés. La taille d'échantillon de chaque village est constituée à la base de leur poids démographique.

Les outils utilisés sont les fiches d'enquêtes, le téléphone et les logiciels Sphinxplus2, Excel et Word. Les données quantitatives ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel sphinxplus2. L'analyse statistique a été descriptive. En ce qui concerne les données qualitatives, elles ont fait l'objet d'une analyse de contenu de discours. Ainsi, les discours de certains enquêtés en langue vernaculaire ont été fidèlement transcrits et traduits en français.

3. Résultats

L'analyse des résultats de cette étude porte sur les impacts environnementaux et socio-économiques de l'exploitation minière dans la commune rurale de Sanso.

3.1. Dégradation de l'environnement

La commune rurale de Sanso dont relève la mine d'or de Morila se trouve en pleine savane arborée dans la région de Sikasso. Cette zone est écologiquement riche avec la présence des espèces végétales protégées, des espèces d'intérêts économiques et des plantes médicinales. Cependant, il résulte de l'installation de la mine, le déboisement et le nettoyage des terrains conduisant à l'enlèvement du couvert végétal.

Certaines parties ont fait l'objet d'une destruction massive de la végétation. Les activités ont donc provoqué une baisse de la biodiversité (tableau 2).

Tableau 2: opinions des enquêtés sur le niveau de dégradation de l'environnement par l'exploitation minière

Impacts sur l'environnement	Effectifs	%
Déforestation et dégradation des ressources pédologiques	36	40
Réduction des aires de pâturage	29	32
Réduction de l'espace agricole	25	28
Total	90	100

Source : Enquête du terrain, 2023

Le tableau 2 relatif aux opinions de la société minière sur l'environnement, fait ressortir que l'exploitation minière de Morila dégrade les ressources forestières et pédologiques soit 40% contre 32% et 28% respectivement pour la réduction des aires de pâturage et la réduction de l'espace agricole.

À Morila, l'exploitation se fait à ciel ouvert (photo1). Pour les opérations d'extraction du minerai, des bulldozers, et une multitude de camions de transport Benne y compris les excavateurs (machine destinée à creuser le sol) utilisés pour surfacer le minerai de la mine. Le matériau de basse teneur est amoncelé en stock crée un « aspect dunaire » dans tout le paysage. Cette première tranche de minerai est appelée minerai intermédiaire, le pourcentage est très faible 1,52 grammes d'or par tonne. Son traitement est économiquement peu rentable.



Photo 1 : carrière dans la commune rurale de Sanso.

Source : cliché personnel, 2023

Cette photo 1 illustre la dégradation de l'environnement par la société minière de Morila. La mine a occasionné un déboisement important, entraînant une disparition des espèces végétales et des ressources pastorales. Cette carrière fait un kilomètre carré de diamètre. Cela peut provoquer une diminution des aires cultivables.

Selon le chef du village de Morila S. Mariko :

« Aujourd'hui notre aire de pâturage est très réduite, l'élevage et l'agriculture ne sont plus praticables sur le côté Est du village. Ces deux activités sont exercées sur le côté Nord. Et pendant l'hivernage des litiges s'éclatent souvent entre éleveurs et agriculteurs. Nos animaux partent brouter vers Côte d'Ivoire. » (03 Mai 2023 à Morila)

Il ressort que l'exploitation minière a une incidence sur l'environnement et les biotes associés par le biais de la suppression de la végétation ainsi que le sol de couverture, le déplacement de la faune, le dégagement de polluants et la génération de bruit. Selon T D chef de cellule de l'environnement de la société minière de Morila : *« les activités minières comprennent diverses étapes, chacune impliquant des impacts environnementaux particuliers. D'une manière générale, ces étapes seraient : la prospection et l'exploration des gisements, la mise en place et la préparation des mines, leur exploitation, et le traitement des minéraux obtenus dans des installations appropriées afin d'en tirer des produits commerciaux. Pendant la phase d'exploration, quelques-unes des activités ayant des impacts sur l'environnement sont la préparation des voies d'accès, les relèvements topographiques et géologiques, le montage de campements et d'installations auxiliaires, les travaux de géophysique, les recherches hydrogéologiques, l'ouverture de fossés et de puits de reconnaissance, et la prise d'échantillons. »* (02 juin 2023 à Morila)

3.2. l'amenuisement us et coutumes

L'exploitation minière contribue d'une part à l'amélioration des conditions de vie des populations et d'autre part elle a eu des répercussions sur les us et les coutumes. Cette société minière de Sanso a contribué également à la dépravation des mœurs à la dislocation familiale liée à l'irrespect des aînés, à la prolifération des bars et des maladies (Tableau 3) dans la commune.

Tableau 3 : Opinion des enquêtés selon l'implication de la société minière sur l'amenuisement us et les coutumes

Implication sur l'amenuisement us et coutumes	Effectifs	%
Prolifération des bars et l'insécurité	38	42
Maladies Sexuellement Transmissibles et d'autres maladies infectieuses	32	36
Bouleversement de la structure sociale	20	22
Total	90	100

Source : enquête du terrain, 2023

A la question quelles sont les répercussions négatives de la mine sur les us et les coutumes? 42% des enquêtés ont mis l'accent sur la prolifération des bars et l'insécurité, 36 % ont souligné la prolifération des maladies sexuellement transmissibles et d'autres maladies infectieuses et 22% ont pointé sur le bouleversement de la structure sociale.

Il ressort que les maladies sexuellement transmissibles et les infections sexuellement transmissibles ont un taux très élevé que les autres maladies. Ce qui se traduit par la présence des bars dans la localité. Il a été constaté un taux élevé du Paludisme et des maladies respiratoires (toux, rhume, etc.). Selon T C agent de Santé « *ces maladies sont liées à la masse de travailleurs venue pour l'exploitation minière, d'où la présence des eaux usées et des poussières dans certains villages de la commune* »

Généralement mieux payés que dans d'autres secteurs d'activités, les employés de la société minière de Morila font l'objet de toutes les convoitises, y compris de la part des communautés riveraines, qui se débattent dans la pauvreté. Dans cette société minière, les gens ne sont pas prudents, surtout les jeunes. Avec la cherté de la vie, les garçons et les filles se livrent facilement, qui amènent d'ailleurs beaucoup des maladies surtout les maladies sexuellement transmissibles dans la majorité des villages de la commune.

3.3. Implications de la société minière sur le développement économique de la commune

L'afflux des populations vers la zone minière a aussi des incidences sur l'économie locale, notamment le commerce et la consommation des biens et des services, fortement stimulée par une croissance démographique sans cesse. En outre, il est important de noter que, la mine s'est installée dans une zone où elle constitue la principale source de revenus des populations locales avec la création d'emplois (tableau 4).

Tableau 4 : Opinion des enquêtés selon l'implication de la mine sur l'économie

Implications économiques	Effectifs	%
Augmentation des revenus des familles par le recrutement des jeunes de la localité	53	59
Prospère de commerce et autres activités	37	41
Total	90	100

Source : enquête du terrain, 2023

A l'analyse de ce tableau ci-dessus 59 % des enquêtés pensent que la société minière a augmenté des revenus des familles dans la mesure où leurs jeunes travaillent dans ladite société contre

41% qui pensent que l'installation de la société dans la commune a prospéré activité commerciale. Il ressort que beaucoup des jeunes de la commune ont été recrutés par la société minière selon les clauses de la société avec les autorités communales. L'emploi de ces jeunes dans la mine a entraîné une augmentation des revenus de plusieurs familles. L'arrivée massive des travailleurs extérieurs de la société a été aussi un facteur de peuplement de certains villages, qui a prospéré le commerce de la commune.

Effet la société a facilité le développement des emplois indirects, indirect et le développement des activités génératrices des revenus des femmes : c'est le cas de petits commerces faits par les femmes dans les villages et le long des voies des villages traversés par les véhicules de la société. En dehors de ces impacts positifs, il faut ajouter que les jeunes de la commune qui sont employés dans la société assurent les besoins fondamentaux de leur ménage avec leurs revenus moyens mensuels.

3.4. Importances sociales de la société minière de Morila

La réalisation du projet minier a entraîné l'arrivée massive des personnes de toutes catégories socioprofessionnelles, des fidèles de différentes confessions religieuses et des cultures différentes. Cette arrivée engendre des changements dans le comportement et des habitudes de la communauté locale. L'installation de la mine a favorisé la forte demande dans le domaine de l'éducation, de la santé, de l'hydraulique (Tableau3) que la société minière a tenté de répondre. Tableau 2 : réalisations de la mine d'or de Morila dans les domaines : scolaire, sanitaire, hydraulique, administrative et routière.

Désignation	Quantité	Localité
Construction d'une mosquée	1	Sanso village
Construction des écoles et dotation des fournitures scolaires	2	Fingola et Morila
Construction de pont	1	Sanso village
Château d'eau	9	Sanso, Fingola, Finkoua
Réhabilitation et équipement de CSCOM	1	Sanso
Construction du bureau du sous-préfet	1	Sanso
Aménagement hydro agricole de la plaine	1	Morila
Construction centre de formation pour les Femmes	1	Sanso

Source : Rapport de la société minière de Morila, 2023

A la lecture de ce tableau, il a été remarqué que la mine s'investit dans presque tous les secteurs du développement de la commune. Le développement communautaire est donc beaucoup pris en compte. Elle a envisagé de prendre en compte des doléances des 3 villages impactés et l'arrondissement de la commune en général. Selon A K élu local de la commune de Sanso

« les nouveaux arrivants s'installent généralement dans la ville de Sanso. L'arrivée massive de ces populations influence l'approvisionnement en eau potable. Les équipements hydrauliques de la commune sont caractérisés par leur vétusté car la plupart des pompes ont plus de 10 ans. »

Il ressort que la société minière de Sanso a procédé à la réalisation des points d'eau potable (photo2)



Photo 2 : pompe d'eau réalisée par la mine d'or de Morila dans le village de Sanso

Source : cliché personnel, 2023

Dans le domaine de l'éducation, la mine a fait des réalisations (photo 3 et 4). Elle a construit des salles de classes. Y. Koné, 3^{ème} adjoint au maire a déclaré :

« la mine a construit un jardin d'enfants et recruté 10 enseignants .Ces enseignants sont payés par la mine. La mine fait la préparation du DEF (Diplôme d'Études Fondamentales) blanc. Elle participe également à la réhabilitation des salles de classe et la dotation de certaines écoles en fournitures scolaires » (09 Mai 2023 à Sanso).



Photo 3 : école fondamentale construite par la mine d'or de Morila dans le village de Morila

Source : cliché personnel, 2023

La photo 3 est un exemple illustratif d'implication de la mine de Morila sur le système éducatif. Selon, le Directeur de l'école du village de Morila Monsieur O. Koné *« avec la chute de la mine d'or de Morila, beaucoup de gens sont retournés avec leur famille. Ce qui a engendré une diminution des effectifs d'élèves de cette école. » (02 Mai 2023 à Morila)*



Photo 4 : jardin d'enfant de Sanso invisible

Source : cliché personnel, 2023

La photo 4 montre un jardin d'enfants à trois classes. Il est construit par la mine d'or de Morila, dans la ville de Sanso. Le jardin a aussi bénéficié de fournitures scolaires qui ont amélioré la qualité de l'enseignement.

La mine d'or de Morila a fait des réalisations dans le domaine de la santé pour le bien-être de la population. Selon le Directeur Technique du CSCoM de Sanso, K. Sidibé :

« La mine s'implique dans beaucoup d'activités dans le domaine de la santé communautaire. Il s'agit notamment de la formation de recyclage dont ont bénéficié des agents de la santé, de la construction et de la dotation de certains centres de santé, en matériels sanitaires et de l'organisation annuelle des campagnes de pulvérisation pour lutter contre le paludisme dans la ville de Sanso. Selon M. Sidibé, la mine a recruté deux agents de santé comme contractuels » (11 Mai 2023 à Sanso). La mine a livré à la Sous-préfecture de Sanso, une ambulance (photo 5), des matériels de chirurgie et des lits médicalisés, selon son Directeur Technique, Monsieur M. Sogodogo.

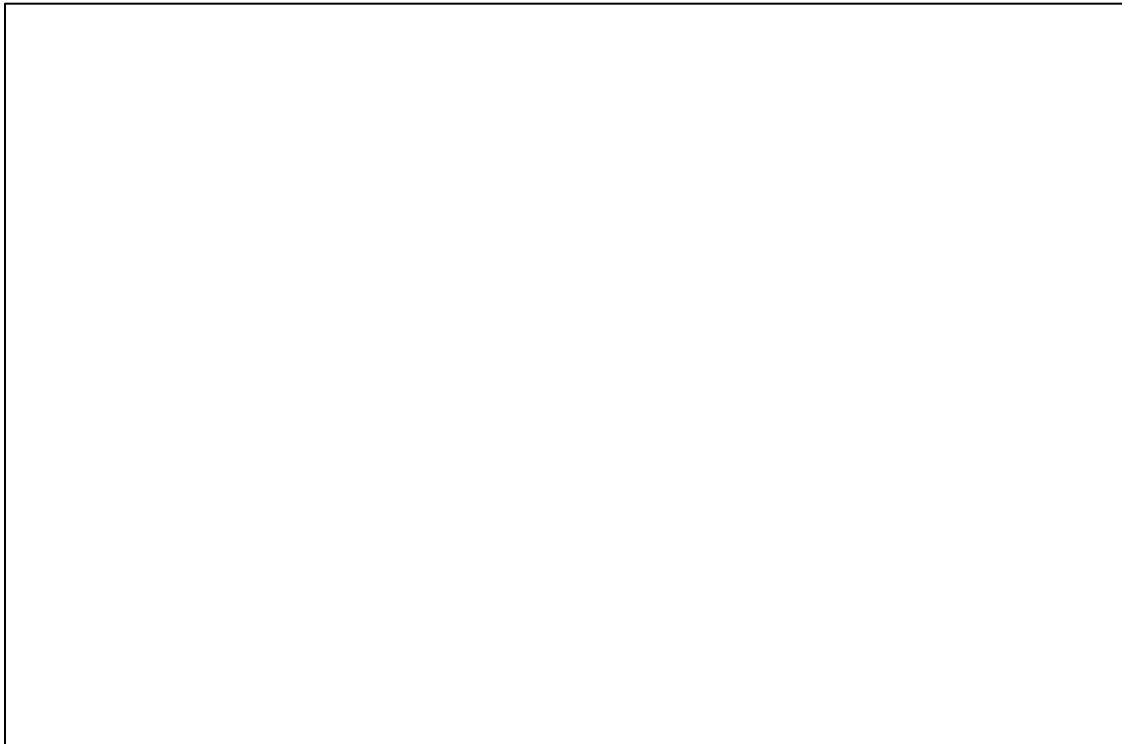


Photo 5 : ambulance offerte par la mine d'or de Morila au centre de santé de Sanso

Source : cliché personnel, 2023

Cette photo est la preuve de l'implication de la mine d'or de Morila, dans l'amélioration des prestations du centre de santé de Sanso. Selon le Directeur Technique de centre de Sanso Monsieur M.T, infirmier de formation *« L'offre de l'ambulance par la société mine d'or de Morila à notre centre de santé a enlevé une épine dans les pieds de la population de la commune. Bien avant l'offre de cette ambulance l'évacuation des malades vers la région de Bougouni était un grand problème. Les populations utilisaient les tricycles pour évacuer leurs malades. »*

Une autre contribution de la mine d'or de Morila au compte de Sanso, c'est la construction en juin 2006, d'une maternité à quatre salles bien équipées (photo 6), plus le recrutement d'une

matrone bien qualifiée. La mine dispose en son sein, d'une clinique pour son personnel avec des médecins hautement qualifiés.



Photo 6 : Maternité de Morila village invisible

Source : cliché personnel, 2023

Cette photo illustre aussi l'implication de la société minière dans l'amélioration des conditions de santé de la population. La société a construit et équipé une maternité dans le village de Morila, Selon la matrone de la Maternité de Morila Madane F K « *la mine d'or de Morila nous a beaucoup aidés dans l'équipement de notre maternité .Elle a même équipé la salle d'accouchement de la maternité tout récemment avec quelques matériels. »* (15 Mai 2023 à Morila)

4. Discussion

Par rapport de la dégradation de l'environnement, de la société minière dégrade les ressources forestières et pédologiques. Nos résultats ont été étayés par le rapport présentant les résultats d'une étude récente de la (Responsible Mining Foundation, 2020,p 9) sur *les impacts économiques, environnementaux, sociaux et de gouvernance (EESG) nuisibles associés de 38 des plus grandes sociétés minières du monde*. Cette étude a souligné que les communautés et les environnements dans les zones minières sont très vulnérables aux effets nocifs des activités des sociétés minières. Hormis les problèmes d'administration des entreprises telles que la fraude fiscale ou la corruption, pratiquement tous les dommages liés aux activités extractives des entreprises se produisent au niveau local. Les personnes les plus exposées aux préjudices rencontrent souvent d'énormes difficultés pour tenter de se rétablir ou d'obtenir un recours. Les risques de dommages socio-économiques et environnementaux directs sont forcément plus élevés dans les zones minières, mais il n'est pas du tout inévitable que ces risques deviennent des réalités.

Aboudala et *al* (2018, p15) ont aussi confirmé nos résultats en disant que les sols peuvent être utilisés de différentes façons, de l'agriculture aux travaux publics. Ils sont un acquis inestimable. Ils constituent un facteur essentiel dans le processus de production. La méthode d'exploitation à ciel ouvert du gisement de calcaires de Tabligbo a un effet immense sur les sols et la végétation du secteur d'étude. L'exploitation du gisement de calcaires de Tabligbo a eu d'importants impacts sur l'environnement. Les différents impacts sur l'agriculture sont perçus sur les rendements agricoles et le commerce a été prospéré

A ce qui concerne l'implication de la société minière sur l'amenuisement us et coutumes, nos résultats ont été corroboré par (M.P. BATHILY, 2024, p29). Selon l'auteur l'alcoolisme, la toxicomanie, la prostitution, les jeux de hasard, l'inceste et l'infidélité sont en train d'augmenter dans de nombreuses communautés minières. Ceci a aggravé les cas de violence domestique contre les femmes, et la discrimination active et même brutale sur les lieux de travail, souvent admise ou ignorée par les institutions judiciaires et politiques. Les organisations de travailleurs conduites par des hommes ne traitent pas des cas de violations de droits humains contre les femmes. L'exploitation minière peut entraîner des changements sociaux, et culturels significatifs au sein des communautés locales, notamment en termes de déplacement de populations, prolifération des bars, des lieux de loisirs, les Maladies Sexuellement Transmissibles et d'autres maladies infectieuses, de modes de vie. Conditions de travail : Les conditions de travail dans les mines peuvent être dangereuses et nuire à la santé et à la sécurité des travailleurs. Des normes strictes en matière de travail doivent être appliquées pour protéger les droits des travailleurs. Relations avec les peuples autochtones : L'exploitation minière peut affecter les relations avec les communautés autochtones, soulevant des questions de droits territoriaux, consultation préalable.

Selon la (FIDH, 2007, p52) troisième producteur d'or en Afrique, le Mali ne récolte que des poussières, la contribution du secteur minier au développement national est très faible voire négative. La population profite peu de l'exploitation de l'or et cela s'explique par la force de négociations des entreprises, le modèle de développement économique mis en œuvre par les gouvernements successifs, sous l'influence des institutions financières internationales.

Pour elle, les employés sont dans les bonnes conditions de sécurité et de rémunération, mais continuent de souffrir de certaines violations des droits du travail comme non-paiement des primes de rendement. Elle dénonce également les violations des droits des travailleurs miniers à la santé.

Cependant la société minière de Morila a contribué au développement sociétal et économique de la commune rurale de Sanso. Nos résultats ont été étayés par (M.J.E. Françoise et *all*, 2021, p6), selon les auteurs, les petites mines font partie de ces secteurs. La réglementation sectorielle et la bonne volonté des exploitants miniers confèrent aux petites mines la capacité de préserver l'environnement, de contribuer au développement socio-économique de leurs zones d'implantation et du pays, et de réduire la pauvreté.

F Poulard et *all*, (2017, p76) ont montré qu'un développement économique et social tangible de l'exploitation minière malienne, est lié à un véritable changement de paradigme dans les politiques et législations minières applicables. Et ce changement pourrait se traduire par la mise en œuvre effective et efficace des dispositions instituées par la vision minière pour l'Afrique (VMA) qui stipule que « pour pallier l'insuffisante contribution du secteur minier au développement de l'Afrique, il faut mettre fin à l'isolement de l'industrie minière par rapport aux autres activités socio-économiques de base mais aussi de faire en sorte que celle-ci profite à l'ensemble des parties prenantes.

Selon (K. Kanta, 2018, p23), il est important de comprendre que l'exploitation minière au Mali peine à faire face aux exigences nécessaires pour promouvoir un développement socio-économique durable sur le long terme. Pour elle, l'Etat malien s'est doté d'une politique minière qui n'est pas en phase avec les priorités nationales de développement et cela se reflète particulièrement dans les législations applicables. Au niveau des collectivités locales, il y a un

manque d'articulation entre le développement local et le programme de développement économique (PDSEC) au niveau régional. Malgré les traités et les codes d'investissement quant à l'objectif du développement économique et social, la réalité sur le terrain est toute autre.

L'étude de (KOMBIENI Hervé A., 2016, p2) a étayé nos résultats, en évoquant que l'exploitation du sable est plus qu'une activité de reconversion socioprofessionnelle et est animée par les chefs de carrière, les ramasseurs de sable, les chargeurs de sable et les consommateurs. Elle permet à ces acteurs d'accroître leurs revenus, d'améliorer leurs conditions sociales et économiques. En effet, les acteurs du secteur réussissent à mobiliser 30 % des gains pour assurer les besoins de santé, respectivement 15 % pour l'alimentation, l'instruction et le logement et enfin 10% sont consacré à l'habillement et à l'épargne.

(S.Rijaniaina, 2015, p28) a aussi confirmé nos résultats. En disant que tout d'abord, les paysans viennent à l'exploitation minière artisanale pour constituer un complément de ressource pour des revenus agricoles en baisse (soit à la suite de méventes, soit à la suite de mauvaises récoltes, dues à la sécheresse ou à d'autres causes). Ensuite, cette activité, lorsqu'elle est stabilisée, présente l'intérêt d'offrir des emplois dans des régions souvent déshéritées, et ralentit ainsi l'exode rural vers les grandes villes. Enfin, les revenus de ce secteur peuvent entraîner la création de routes d'accès, l'amélioration de la fourniture en eau de consommation, la création d'écoles villageoises, etc. La balance entre les impacts négatifs et positifs de l'activité minière artisanale ne penche donc pas toujours du même côté : une analyse coûts/bénéfices au cas par cas est nécessaire. Il est des cas où des villageois s'organisent en vue d'une exploitation et mettent en place une structure plus ou moins propice à intervention à long terme. Ce type d'organisation présente donc une opportunité pour les villageois de faire l'EMA une activité plus bénéfique à leur communauté.

Selon Bathily (2024, p77), la société SOMISY a appuyé les localités riveraines dans l'aménagement de 5 jardins maraichers, dont 4 ont des étangs piscicoles (les villages de Lolles, Syama, Dieou et Kambréké) sauf celui de Fuguélé. Ces unités sont toutes assistées par la direction nationale de Kadiolo et ont bénéficié de formations au préalable. Chaque village a un comité de pilotage formé par la direction régionale.

5. Conclusion

La présente étude contribue à la connaissance des contraintes et importances environnementales socio-économiques de l'exploitation minière dans la commune rurale de Sanso. Il ressort des résultats de cette étude que les activités de la mine d'or de Morila engendrent beaucoup de déforestation, de dégradation des ressources pédologiques et de la diminution des ressources pastorales ; de problèmes sociaux comme l'amenuisement des us et des coutumes, la prolifération des bars, l'insécurité et des maladies sexuellement transmissibles et d'autres maladies infectieuses etc. Malgré l'impact de ses effets néfastes sur l'environnement et les valeurs sociales, la mine a créé des emplois directs par le biais du recrutement des jeunes locaux et qui a favorisé l'augmentation des revenus familiaux. Elle a aussi favorisé le développement des petits commerces et amélioré les conditions sociales de la population de Sanso avec la construction des services sociaux de base comme les écoles, la mosquée, le pont, les châteaux d'eau, l'édifice administrative, le centre de formation, d'aménagement hydro agricole et de réhabilitation de centre de santé. A l'issue de cette étude, de nombreuses

perspectives s'ouvrent pour la recherche sur l'interface l'exploitation artisanale et l'environnement par exemple : les impacts de l'exploitation artisanale sur l'environnement.

Références bibliographiques

- Aboudala Sidi Issah, Minkilabe Djangbedja, Thiou Tanzidani K. Tchamie (2018) « *Impacts socioéconomiques de l'exploitation minière sur les populations riveraines : cas de l'exploitation du gisement de calcaires de tabligbo dans la préfecture de yoto au togo* ». Article, Revue Anyasa, hal-02265636 Togo, pp.152-159
- Banque Mondiale, (2016).Retombées économiques de l'exploitation minière industrielle à Madagascar, Rapport, Madagascar, 95p
- BATHILY Mohamed Papa (2024) « *L'exploitation minière en Afrique : Enjeux et impacts sur la société et l'environnement. Exemple de l'Algérie et du Mali.* » Mémoire de Master Université d'Aïn-Témouchent Belhadj Bouchaib – UATBB-, Faculté des sciences et de la technologie, Département d'agroalimentaire, Algérie, 103p
- Djossou Rodrigue Kossi (2014) « *Vulnérabilité et adaptation des populations de la commune de Grand-Popo aux inondations* ». L'Université' Abomey Calavi –Benin, Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines, département Géographie Mémoire de master II, en intégration régionale et développement, option : Gestion des risques et catastrophes, Benin. 78 p.
- DNGM (2 010), Ressources minières du Mali, Bamako, DNGM, Rapport 25p pp2-12
- DNGM (2 019), Ressources minières du Mali, Bamako,, DNGM, Rapport p15pp10-12
- DNP –SLPSIAP (2022).Recensement des ménages Bougouni, DNP –SLPSIAP, Rapport de Mars 18p
- Environnement Canada (2012). Menaces pour la disponibilité de l'eau au <http://www.ec.gc.ca/inre-nwri/default.asp?lang=Fr&n=0CD666751&offset=14&toc=show#table1> (Page consultée le 24/07/2024).
- Fédération internationale des droits de l'Homme (2005). L'exploitation minière de l'or et les droits de l'Homme au Mali .Rapport, Bamako-Mali,
- Fédération Internationale des Droits de l'Homme (FIDH) (2007).*L'exploitation minière de l'or et les Droits de l'Homme au Mali*. Bamako-Mali, (FIDH), Rapport, 52p.
- Géronimi, Vincent. et Mainguy, Claire. (2020). Exploitation minière et développement : des effets toujours controversés. Introduction. Mondes en développement, v1, N°189, pp7-29. <https://doi.org/10.3917/med.189.0007>
- Journal Officiel de la République du Mali / Décret N°2023-0401/PT-RM du 22 juillet 2023 portant promulgation de la constitution, Bamako, JO/RM, 2p
- KOMBIENI Hervé A., 2016, « *Les impacts environnementaux et socio-économiques de l'exploitation du sable lagunaire dans la commune de grand-popo (benin)* », Revue de Géographie de l'Université Ouaga I Pr Joseph KI-ZERBO N° 05- Oct. 2016, Vol. 2, pp184-200
- Korotoumou Kanta (2018) « *Protection de l'intérêt général et investissements directs étrangers dans le secteur minier malien : contribution aux reformes du droit OHADA* », Montréal, l'Université de Montréal de la Faculté des études supérieurs et postdoctorales, du département de droit, Thèse de doctorat en droit ,447p
- Le monde Afrique (2024). Au Mali, les autorités finalisent la nationalisation d'une mine d'or. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2024/10/24/au-mali-les-autorites-finalisent-la-nationalisation-d-une-mine-d-or_6359205_3212.html,4p, consulté le 2 février 2025
- Mamiarisoa Jean Édith Françoise, & al (2021) *Impacts socio-économiques de l'exploitation minière sur la population. cas de l'exploitation minière artisanale à Madagascar*. In, Revue

- des Sciences, de Technologies et de l'Environnement Volume 5 Édition spéciale, Université d'été 3ème édition Mahajanga, novembre 2021 ISSN : 2709-8192_*
<https://portal.issn.org/resource/ISSN/2709-8192>, consulté le 15 septembre 2024, 15p
- MEDDE (2011). Rapport sur « l'indemnisation des dégâts miniers ». Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, France.
http://www.developpementdurable.gouv.fr/IMG/pdf/007373-01_rapport_CNCRM.pdf
 (Page consultée le 21/7/2024).
- Mouvement Mondial pour les Forêts Tropicales (2004). L'industrie minière : Impacts sur la société et l'environnement. 180 pages.
<http://www.wrm.org.uy/deforestation/mining/textfr.pdf> (Page consultée le 28/6/2024).
- Mouvement Mondial pour les Forêts Tropicales (2004). L'industrie minière : Impacts sur la société et l'environnement. 180 pages.
<http://www.wrm.org.uy/deforestation/mining/textfr.pdf> (Page consultée le 28/08/2024).
- Ogan Francois. Emman (2012) « *Impacts environnementaux et socio- économiques de l'exploitation du sable lacustre (lac Ahémé)* », Abomey Clavi L'Université' Abomey Calavi –Benin, Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines, département Géographie Mémoire de maîtrise professionnel, option, gestion de l'environnement Benin, 79 p
- PDSEC (2021), Commune rurale de Sanso, 57P
- Poulard Fau, Daupley X et al (2017) « *L'Exploitation minière et traitement des minerais* », Ville d'édition, Collection, Tome 6, la mine en France 76 p.
- Responsible Mining Foundation (2020). *Les effets nocifs de l'exploitation minière; quand l'extraction nuit aux personnes, aux environnements et aux économies*. Ville d'édition, Rapport, conception Géographie, Pays Bas, 55p
- SEHENO Rijaniaina (2015). Analyse des impacts environnementaux dus aux exploitations minières artisanales. Mémoire de fin d'études de master en ingénierie minière, université d'Antananarivo, école supérieure polytechnique d'Antananarivo, Madagascar, 93p
- SESAT (2012). Menaces à l'eau souterraine. Société de l'eau souterraine Abitibi-Témiscamingue. http://sesat.ca/eau_menace.aspx (Page consultée le 28/04/2024).
- Société minière de Morila (2023) Rapport annuelle de la société minière de Morila Rapport, Sanso, pp10-20.

2025 COULIBALY, 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 20 January 2025
Accepted, 14 March 2025
Published, 17 March 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite : Douville (2025). Combattre l' « Exclusion » et reconstruire un rapport à autrui valide. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(1), 55-65. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.4>

Research & Perspectives

Combattre l' « Exclusion » et reconstruire un rapport à autrui valide. “Fighting Exclusion” and rebuilding a valid relationship with others.

Olivier Douville

Psychanalyste, Maître de conférences hors-classe, Laboratoire CRPMS, Université Paris-Cité, Membre d'honneur du Collège International Psychanalyse et Anthropologie, Membre du Collège International de l'Adolescence, Formateur à l'Université de médecine Paris Descartes et à la Fondation des Sciences Politiques avec le Samu Social International et le Dr. Xavier Emmanuelli¹

Université Paris-Cité, Esplanade Pierre Vidal Naquet 75013 Paris France.

<https://www.olivierdouville.com/home>

Résumé

Mon article prend appui sur mon expérience de clinicien. Aujourd'hui, je suis retraité et libéré de mes fonctions à l'Hôpital psychiatrique et à l'Université Paris 10-Nanterre. Je poursuis mon travail de psychanalyste en privé. Il y a encore peu d'années, je travaillais en tant que psychologue clinicien à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard dans le département 93. Là, je me suis associé au travail d'une unité « psychiatrie-précarité », un dispositif comprenant des équipes allant visiter des centres d'accueil des réfugiés à la demande de la DASS (Direction de l'Action Sanitaire et Sociale) ou des municipalités limitrophes. J'ai également collaboré naguère avec le SAMU social de Paris et sa maraude « psy » à destination desdits « SDF (Sans Domicile fixe) » en grave tourmente mentale (dont des moments de délire de négation des organes, des effondrements mélancoliques que soignaient et cachaient mal des longues périodes d'intoxication alcoolique, des quérulences explosives et désarimées, pathétiques fracas préluant à des abattements vertigineux). Ces deux expériences me firent rencontrer beaucoup de personnes vivant en grande souffrance psychique parfois en « folie » - ce terme extrêmement équivoque - qui vivaient à la rue. Enfin, lors de mes missions diligentées par le Samu Social International en Afrique de l'Ouest et au Congo dans le but de créer et de rendre pérennes des équipes de terrain formés de médecins, d'éducateurs et de psychologues cliniciens, je fis de copieuses rencontres avec des adolescents en errance, fuyant des conditions sociales exténuantes, familiales violentes et politiques meurtrières en ce qui concerne les mineurs enfants et adolescents qui connurent les guerres dont ils furent soit les acteurs, soit les victimes, soit, le plus souvent, les deux.

Mots-clefs : Abandon, Corps en mélancolie, Exclusion/Inclusion, Naissance/mort, Soins psychiques

Abstract :

My article draws on my experience as a clinician. Today, I am retired and freed from my duties at the Psychiatric Hospital and the University of Paris 10-Nanterre. I continue my work as a psychoanalyst in private. Until a few years ago, I worked as a clinical psychologist at the Ville-Evrard psychiatric hospital in the 93 department. There, I joined the work of a "psychiatry-

precarity" unit, a system comprising teams visiting refugee reception centers at the request of the DASS (Direction de l'Action Sanitaire et Sociale) or neighboring municipalities. I also collaborated in the past with the SAMU social de Paris and its "psych" patrol for the so-called "homeless" (SDF) in serious mental turmoil (including moments of delirium of organ denial, melancholic collapses treated and poorly hidden by long periods of alcoholic intoxication, explosive and disarmed quarrels, pathetic fracas preluding dizzying depressions). These two experiences made me meet many people living in great psychological suffering, sometimes in "madness" - this extremely equivocal term - who lived on the streets. Finally, during my missions conducted by Samu Social International in West Africa and Congo with the aim of creating and sustaining field teams made up of doctors, educators, and clinical psychologists, I had many encounters with adolescents on the move, fleeing grueling social conditions, violent families, and deadly political situations, especially for minors, children, and adolescents who experienced wars in which they were either the actors, the victims, or, most often, both.

Keywords: Abandonment, Melancholic Body, Exclusion/Inclusion, Birth/Death, Mental Care

La clinique et le politique au cœur du métier de soignant

Qui d'entre nous n'a pas entendu parler d'une catégorie vague et pathétique, celle des « exclus » souvent qualifiés de « grands exclus » ? Nul ne sait vraiment ce que veut dire « exclu ». De quoi et de qui s'agit-il : des « Exclus » du travail, « exclus » de la famille, « exclus » du soin ? Pris de vertige, j'en vins à préférer le terme assez littéraire, certes, de « laissés pour compte ». Ce terme suppose une personne qui ne peut pas être comptabilisé dans les procédures d'évaluation, dans les procédures de soin. Chacun entrevoit avec son expérience et sa sensibilité propre, la réalité de l'exclusion sociale et nombreux de gens dits « intéressés » peuvent redouter de vivre une telle expérience. Xavier Emmanuelli et Clémentine Frémontier posaient, dès 2002, une question d'importance « Mais la terminologie est trop floue pour que les personnes concernées puissent s'y reconnaître totalement. Existe-t-il réellement une fracture sociale ou s'agit-il, à l'inverse, d'un aplanissement des schémas traditionnels de compréhension qui étaient assez puissants pour expliquer un monde sociologique stable, mais qui se sont trouvés peu à peu mis en échec par la crise et l'évolution des comportements sociaux ? S'agit-il d'une fracture ou d'une disparition de lignes traditionnelles ? ».¹

C'est une constance de l'observation sociologique ou anthropologique d'interroger les lignes de fractures possibles d'un corps social à partir de la situation réservée aux plus marginaux, à celles et ceux qui vivent plus à l'écart de la majorité compacte. Il reviendrait aux enquêtes et études portant que personnes marginalisées de faire bouger les lignes de nos compréhensions usuelles de ce qui fait lien social et/ou colle sociale.

Ainsi, en ce qui concerne le soin psychiatrique, s'il m'est arrivé de recourir dans des colloques au terme de « folie d'exclusion »², je n'usais guère d'une clinique nosographique classique mais désignais par cette expression l'état d'« effondrement » psychique de qui est coupé des lois élémentaires de la reconnaissance et de la réciprocité. « Nous sommes, écrivais-je, attentifs aux effets de la ruine de l'hospitalité, garante ordinaire de notre habitat psychique, sur les rapports au corps, au langage et à autrui desdits « grands exclus » ».³

¹ Xavier Emmanuelli et Clémentine Frémontier « L'exclusion et les difficultés du décodage » in La fracture sociale, Paris, PUF coll. « Que sais-je ? », 2002, p. 9.

² "Exclusion et errance", Health Systems and Social Development : an alternative paradigm in health systems research. Brussels, European Commission publications. J. Le Roy & K. Sen (Eds.) 2000, pp. 55-62

³ Olivier Douville « Exclusion et corps extrêmes », *Champ Psychosomatique*, 35, 2004 pp 89-104

Champ de la naissance et de la mort

L'exclusion prend des formes différentes selon les époques qui avaient chacune des modes de traitement différents des populations en marge, parfois stigmatisées en tant que « classes dangereuses ». Il ne s'agit point en ce texte d'apporter une pierre supplémentaire à la sociologie de l'exclusion, mais de prendre au sérieux, au plan d'une lecture d'anthropologie clinique des subjectivités, ce que peut être cette dimension de « laissé pour compte ». D'autres que moi⁴ soutiennent que l'humain naît deux fois : la première fois comme bios, la seconde comme être du langage et des rites. Cette proposition rencontre sa symétrie dans les travaux de l'anthropologue Robert Hertz, élève de Mauss, lorsque ce dernier distinguait, en 1907⁵, la mort comme phénomène biologique et physiologique de la mort en tant qu'événement frappant le vivant humain et nécessitant une ritualisation. Cette dernière est la garante du passage, qu'à l'aide de la communauté des vivants, le mort franchira dans son trépas jusqu'au principe d'ancestralité qui concerne la symbolique collective. En résonance structurale, donc, sont situés cette seconde naissance et cette seconde mort. Pas davantage que le corps ne suffit au corps, que la naissance ne suffit à la naissance, la mort ne suffit pas à la mort. Cette seconde naissance et cette seconde mort font entrer le sujet dans la détermination sociale et l'ordre des discours garants de la continuité de la vie symbolique d'une génération à l'autre. Dans la nécessité de séparer le mort et le vif, l'humain invente ses mythes, bricole son langage et ses rites et tente de poétiser le monde.

J'indique ici une différence de vécu qui existe entre sentir en soi que l'obstination biologique de la vie insiste et se sentir vivant c'est-à-dire pris dans un désir de vivre.

De la nécessité de (re)lire Vexliard

J'opère maintenant une translation entre ces invariants anthropologiques, souvent bafoués par la psychopathie des guerres d'extermination et des ethnocides coloniaux, et le domaine socio-clinique que nous tentons d'explorer, puis de décrire. Le « laissé pour compte » serait ce sujet qui voit se dérober les insignes de cette seconde naissance, et qui, à partir de cette situation d'être mis en ségrégation, désabonné qu'il se sent être de la colle sociale ordinaire, peut néanmoins, pour un temps plus ou moins long, en un surgissement de dignité, retrouver un usage de la ritualité sociale minimale. Il en fut ainsi du pittoresque clochard ou du fantasque mendiant colorant de sa verve, fille souvent de l'ivresse, la vie trop assoupie d'un quartier. Cette figure, qui fut en bonne part déconstruite par le sociologue Alexandre Vexliard dans ses deux thèses publiées en 1956 puis en 1957⁶, désertait la vie des quartiers urbains centraux, s'isolait et se marginalisait graduellement.

Vexliard, donc. Regroupant de patientes et minutieuses études biographiques de cas « cliniques » et tout en ayant renoncé aux charmes relatifs de l'observation participante, qui ne donnait aucun résultat en raison de son aspect intrusif, Vexliard plaide pour une « perspective interactionniste » pour rendre compte de la dislocation des conduites sociales, variables selon les configurations psychologiques individuelles.

En somme, lisant Vexliard et prenant en compte les travaux et les apports conceptuels de Robert Castel (« la « désaffiliation ») et de Serge Paugaum (« la disqualification sociale »), nous proposons de comprendre ce qu'il en est de la vie psychique des « laissés pour compte », faisant l'hypothèse d'une diversité des réactions de l'individu face à la menace tangible de vivre dans une situation de hors discours. Ladite population des grands exclus clochardisés est, de facto, une construction statistique, plaquée sur des groupes hétérogènes ou prédomine souvent, un

4 dont Marie Jean-Sauret « Quand la psychanalyse questionne l'exclusion sociale », *Travail social et psychanalyse*, Nîmes, Champ Social, 2005, pp 45-56

⁵ In « La représentation collective de la mort », Paris, Année Sociologique, X, 1907

⁶ Alexandre Vexliard dont la thèse principale, publiée en 1957 et rééd en 1998 s'intitulait *Le clochard. Étude de psychologie sociale* et la thèse secondaire *Introduction à la psychologie du vagabondage* édité en 1956.

redoublement de l'exclusion par l'auto-exclusion. Ce redoublement véritable culmen des effets psychiques mélancoliques de l'abandon, et qui se traduit par un abandon des relations vitales entre le sujet et son corps, n'est en rien spécifique d'un trouble mental particulier, ou d'un trouble unique. Il est le résultat de la conjonction entre les facteurs sociaux et les facteurs psychiques, et trop souvent, l'analyse qui privilégie l'un de ses groupes de facteurs ignore l'autre. On remarquera ici que la prudence dont fit preuve Vexliard à ne pas se consacrer à l'analyse d'un unique groupe de facteurs, si elle est en très fort écho avec la démarche complémentariste d'un Devereux est plus, pour le sociologue le fruit de sa lecture avertie de Margaret Mead.

Effets de l'exclusion sur le corps somatique et psychique

Ainsi Mercuel et Emmanuelli étaient concernés par les écrits des psychiatres français de la fin du XIX^e siècle qui, travaillant sur la mélancolie délirante, avaient inventé le dit « Syndrome de Cotard »⁷ ou « Délire d'énormité ». A pu également circuler lors de formations des personnels éducatifs et soignants organisés l'expression de « Cotard social »⁸. Je rappelle ici que Jules Cotard, qui avait énormément travaillé sur l'errance, notamment sur les « Juifs errants », est surtout connu à la fin du XIX^e siècle pour avoir décrit par le menu une terminaison jusqu'alors insoupçonnée à la mélancolie qui est le délire d'énormité et de négation d'organes. Quand ça pousse au paroxysme, le sujet énorme dont le corps est réduit à une masse compacte, se vit sans limites, non parce qu'il s'étendrait et s'épancherait de façon mégalomane de New York à Shanghai, mais parce que cette énormité s'explique par le fait que l'espace reflue sur lui et s'abat sur lui. Les sujets qui sont dans la souffrance du dit syndrome de Cotard ne sont pas situés dans un espace euclidien riche en points de perspective, ils sont dans un moment de catastrophe de l'espace où il n'y a plus de césure, de poche de respiration entre leur corps et l'environnement. L'environnement retombant sur leur corps, ils ne peuvent que dire qu'ils sont énormes. Quand on n'est pas très futé, on va se dire « mais pour qui se prend-il ? ». La réponse est ici d'une sécheresse inhumaine. Ces patients attestent que les organes des sens dérivent et s'évanouissent, et ils vous diront, anxieux puis indifférents, qu'ils n'ont plus d'ouïe, plus de bouche. Le corps du Cotard est anesthésié. Et celui de nombreux SDF et errants aussi. Emmanuelli n'en est pas revenu, Mercuel, non plus, et moi, bien sûr que non. Ces patients, si on leur retire les chaussettes, il y a un bout d'orteil qui vient avec. Une anesthésie morbide terrasse leurs sensations, leur intimité a foutu le camp. Et vous repérerez cet effet d'anesthésie du corps par la façon précise dont les sujets se logent et se recroquevillent dans les interstices de nos villes au point de devenir invisibles. Les choix doivent être précis. Ce n'est pas une seule et simple question de terminologie. Soit on fabrique toujours de la nosologie, soit on use du Cotard pour parler, cliniquement et anthropologiquement, du statut du fonctionnement du corps érogène et pulsionnel. Un corps est sensible au dire et son fonctionnement réputé naturel est lié aux dispositifs de reconnaissance, de parole et d'échanges dans lequel le sujet est situé. En ce sens, le modèle de Cotard acquiert une signification pour la psychanalyse et pour l'anthropologie clinique, et il ne peut se glisser comme une fiche d'observation dans un arsenal nosographique. Il indique à quel point la tenue du corps dépend aussi d'une batterie de signifiants logés dans l'Autre, et adressés au sujet, que ce dernier utilise

⁷ Qui, outre Cotard son découvreur a eu trois parrains : Régis, Camuset et Séglas (cf. Régis, Camuset et Cotard, *Du délire de négation au délire d'énormité*, Paris L'Harmattan, 1998)

⁸ Cf. Sylvie Zucca et Olivier Douville « Le fait clinique, révélateur d'une interrogation politique ? À propos de l'abandon de la demande de soin chez des personnes vivant en situation chronique de dé-socialisation. », *Psychologie Clinique*, 17, 2004

pour se spécifier, se représenter et s'approprier sa densité corporelle. L'accent n'est alors plus porté sur un trouble du narcissisme, mais sur une subversion, par désertification de la présence signifiante de l'humain, de la relation du sujet à ses altérités. Saluons au passage l'audace de l'oxymore « Cotard social » car s'il y a bien une spécificité du syndrome de Cotard c'est que la négation de soi qui y est au premier plan découle de l'anéantissement progressif de toute altérité voisine ou transcendante. On voit clairement l'oxymore qui résulte de la jonction du « syndrome de Cotard » avec le terme de « social », dans la mesure où on voit mal ce qui reste d'un rapport social à autrui dans un tel syndrome s'il est pleinement réalisé à ne le considérer, bien entendu qu'au strict plan nosographique.

Que faire face à un rapport au corps tant dépersonnalisé que le champ de la parole semble considérablement atrophié ? Le corps anesthésié et meurtri est au premier plan. Il sature. Pour autant, il ne s'agit pas de déloger de la rue les SDF clochardisés pour les mettre dans un car, les doucher, leur donner un « en cas » et les remettre dans la rue. Il nous faut travailler dans la rue, être proches d'eux, passer des heures, parce que ici et là seulement ils vont nous demander, à nous qui faisons intrusion dans la forteresse poreuse de ce qui leur reste de monde, ce que nous faisons et ce que nous leur voulons. Ces interrogations fondamentales concernent notre place de soignant et notre envie de soigner, elles nous mettent face à ce qui en nous veut résister à la mise à la casse de l'humain. Nous nous situons au plus proche de ces forces psychiques qui survivent à une telle casse de l'institutionnalisation du bios dans le lien social. Il nous faut répondre à ces questions, oui, mais de quelle place le faisons-nous ? A qui nous interpelle rudement sur la légitimité de notre présence s'il est fait réponse par des dégoulinades de bons sentiments et de fausses évidences « altruistes », sans être présent à autrui et à nous-mêmes en tant que vivant et parlant en disant, par exemple des ritournelles farcies de bons sentiments et de péroraisons militantes, ces exclus, par dignité, iront vous envoyer au diable.

Chacune de ces personnes rencontrées nous confronte à nos zones de destructivité interne, et qui n'a pas tauffronté de telles zones ne peut rien dire et rien faire.

Il s'est produit pour un grand nombre de ces dits grands exclus en déshérence dans les non-lieux de nos espaces une catastrophe affectant l'expérience physique et émotionnelle de l'espace. L'espace pourrait se refermer, se replier, les avaler. Bien socialisés, nous connaissons nos abris, nos demeures et avons pris, très tôt l'habitude de vivre dans un monde en trois dimensions, euclidien, au moment où il rencontre des personnes qui sont dans un monde caoutchouteux, topologique, qui pourrait se refermer sur lui-même au point même de les absorber, éprouve en lui-même une turbulence. Ce n'est pas seulement l'espace et le temps comme contenants qui se trouvent affectés par la perte (perte d'objets, de lieux et de liens), mais c'est le contenant lui-même du sujet qui a implosé.

Si ces hommes et ces femmes sont des survivants, ce n'est pas encore qu'ils ont réussi à ne pas mourir et à se protéger, c'est qu'ils conservent l'espoir qu'un autre proche et consolateur ait pu lui aussi survivre et se camper, vivant, dans le champ de l'expérience du monde vécu. Nous voilà à faire cas du « laissé pour compte » et à tenter en conséquence d'inventer et de valider des dispositifs d'accueil et de soin situés en dehors du silence que crée l'anonymat des murs des asiles. L'invention de dispositifs d'accueil, de rencontre et donc de parole fait se croiser inmanquablement ce qui n'est qu'artificiellement disjoint, la clinique et le politique. Nos actions de terrain, nos dispositifs, notre position soignante, notre position accompagnante -pas simplement notre compétence mais notre désir de soignant- doivent avoir « droit de cité ». Il ne s'agit guère de s'occuper des « pauvres exclus » avec le cœur lourd de pitié et de compassion – si tel est le cas, il faut tout de suite changer de métier.

L'« habiter » et l'accès aux soins

La première question que je soulève est peut-être extrêmement simple à dire mais extrêmement complexe à creuser, à travailler. C'est celle de « l'habiter ». Qu'est-ce que ça veut dire

« habiter » puisque nous savons bien que plus un sujet se trouve mis hors circuit, plus il a un nom qui n'en est pas un : « SDF ». C'est un acronyme insultant qui veut dire « Sans Domicile Fixe ». La question de l'« habiter » a pu être traitée de façon expéditive, beaucoup trop expéditive. On en arrive pour soigner à ce que les logiques d'accueil et les logiques de soin se regroupent avec l'idée qu'il faudrait généraliser le modèle de l'hôpital.

Alors prenons un premier point : l'accès aux soins. Il est temps d'en finir avec l'idée que l'accès aux soins, serait d'aller prendre les grands exclus, les clochards délirants, les adolescents au bout du rouleau, les vieux enfermés dans leur appartement ..., d'aller les prendre puis de les mettre dans un lieu protégé comme l'hôpital. Ça ne marche pas. L'autre idée fausse serait de dire qu'on va créer des maisons, des logements pour mettre ces sujets dans des maisons. Ça ne marche pas non plus et il y a même des personnes qui préfèrent se laisser dépérir plutôt que d'être hébergées de force.

Regardons, plutôt comment se modifie les territoires des exclus. Telle femme, par exemple, s'était enfermée dans un amoncellement de cartons non loin des quais de Seine, là où ce n'est plus touristique. Nous allons la voir. Et régulièrement – et j'affirme là que les équipes doivent venir tous les jours, même si ce n'est pas toujours les mêmes personnes, les équipes doivent venir tous les jours –, et régulièrement, on voit cet amoncellement de cartons devenir un habitat, un peu comme une coquille d'escargot. Les ouvertures tiennent – avant c'était toujours fermé et bouché –, au fur et à mesure qu'elle nous parle, les ouvertures tiennent. Peu à peu, cette femme va nous accueillir au seuil d'un abri. Voilà ce que nous ne manquons pas de produire dans notre énergie soignante, nous accompagnons l'invention que telle ou telle personne se fait de ce qu'est un espace suffisamment ouvert et suffisamment fermé pour que l'accueil soit possible. Voilà, si vous avez un seuil, vous avez un abri – ce que vous avez construit avec elle, ce qu'elle a construit, c'est un seuil. Donc, quand je mentionne la notion d'accueil, une réflexivité s'impose en cela qu'il est bien question de la façon dont cette patiente, comme tant d'autres, donne lieu à une rencontre, fait place à l'autre, mais surtout trouve un lieu pour abriter la façon dont elle peut recevoir ce qui vient de l'autre.

Une figure des « laissés pour compte » : les jeunes errants

La question urgente de l'accès aux soins se trouve bousculée par l'exclusion sociale, lorsque cette exclusion se redouble d'une exclusion psychique. Pour le dire de façon expéditive il convient « d'aller vers ». De même il ne sert à rien d'attendre que les jeunes adultes et les adolescents en errance anémique, viennent frapper à la porte des institutions de soins médicaux et psychiques.

Les adolescents errants ne déambulent pas au gré du hasard. Leur errance suit des grandes voies. Il se trace des cheminements d'errance très particuliers. Un des grands axes est, par exemple, Saint-Nazaire-Paris. Or, il se trouve que c'est un axe qui coïncide avec l'histoire des déperditions des énergies et des forces économiques, j'ai fait le constat que les lieux de démarrage de l'errance sont souvent des lieux qui avaient connu une certaine prospérité, de la richesse produite mais aussi de la culture du travail⁹. Ce sont généralement des lieux où la culture ouvrière n'a plus fonctionné comme un mécanisme d'affiliation idéologique, au sens noble du terme, à des modes et à des valeurs. Ces lieux de paupérisation, où généralement les gens votent pour l'extrême droite, sont les principaux points d'où partent des jeunes errants. D'autre part, ces jeunes errants, nous les rencontrons là où ils ont arrêté leur errance, par exemple au pied d'usines désaffectées en ruine, dans des lieux qui ne sont pas complètement anonymes.

Apports de l'anthropologie du contemporain

⁹ O. Douville, *De l'adolescence errante* (éd. augmentée), Paris, Des Alentours, 2016

Quelqu'un pour qui j'ai un respect immense est Marc Abélès¹⁰, un anthropologue qui, comme beaucoup d'anthropologues, a fait l'expérience de son métier de chercheur sur un terrain lointain et un terrain proche (aujourd'hui, il est hasardeux de penser qu'il y a des anthropologues qui seraient des spécialistes des peuples lointains). Il a travaillé sur des territoires lointains et il fut le premier anthropologue à avoir été invité à prendre comme objet d'étude le Parlement européen. De son côté, le très regretté Marc Augé¹¹ qui connaît formidablement bien certains coins de la Côte d'Ivoire, fit des travaux remarquables sur le métro, sur les châteaux et à propos de ce qu'il a nommé les « non-lieux ».

Errance des jeunes et « non-lieux »

Il n'empêche, ce ne sont pas des non-lieux d'où partent les errants et ce ne sont pas non plus des non-lieux d'où ils s'arrêtent. Mais au bout d'un moment, comme par un effet de ricochet fatal, dans une mélancolie qui fait errer, ils redoublent leur errance par une pérégrination qui ne les mène strictement nulle part. Donc le schéma est assez simple : ils quittent un lieu qui est marqué par une ruine symbolique des rites du vivre-ensemble, c'est-à-dire un lieu marqué par une ruine symbolique de tout ce qui permet aux gens qui habitent là de se sentir acteurs de l'histoire - parce qu'il est si difficile de se sentir acteur du présent à qui a été volé de son histoire. Dans un deuxième temps, après celui d'un trajet peu ou prou orienté, ils échouent leur mouvement dans les non-lieux décrits par Marc Augé : les bretelles d'autoroute, les halls d'aéroport, les gares etc. Quand on rencontre ces jeunes personnes on les voit épuisés. Mais ces jeunes ne sont pas seulement épuisés de fatigue. Ils sont bien sûr fatigués, ils se nourrissent mal, ils prennent des produits toxiques, généralement de la colle, des solvants que ce soit à Neuilly-sur-Marne la petite banlieue ou à Montreuil l'autre moyenne banlieue qui sont sectorisées dans mon service de psychiatrie. Mais que ce soit également à Bamako, à Pointe-Noire ou à Kinshasa, ils prennent des produits qui abolissent en eux le contraste, c'est-à-dire la sensation de sommeil, la sensation d'éveil, la sensation de faim, la sensation de soif. De même, vont-ils fuir - et c'est du même mouvement - dans une espèce de glissement graduel où s'absente l'altérité du voisinage. De même vont-ils investir des lieux qui ne sont pas caressés par l'alternance du jour et de la nuit. C'est toujours alarmant de faire la rencontre d'un jeune qui préfère dormir dehors dans un non-lieu éclairé continuellement par l'artifice de la fée électricité. Leur vie prend la couleur uniforme des lumières artificielles (néons, etc.) sans que la couleur du monde s'orne de ces brisures et de ces encoches régulières du temps qui se fait jour, puis nuit. Dans le même temps, ces sujets perdent les usages élémentaires du corps, ce que l'on pourrait appeler la pudeur. Tout à trac, un jeune homme qui va de hall de gare en parking et de parking dans le métro m'apostrophe « mais moi, je n'en avais plus rien à faire de déféquer ou de pisser devant le monde ». Provocation ? Non mais abolition plus ou moins temporaire de cette dimension du vivant-parlant qui construit dans notre rapport à notre corps la possibilité d'un appel à autrui. Le corps alors se réduit à une fonction mécanique qui bouffe, qui recrache, qui pisse, etc. Le corps n'est plus installé dans le ballet humanisant des regards et des paroles. Donc, nous sommes alertés par l'arythmie et cette impudeur qui n'est en aucun cas une stratégie de provocation. Un corps sans abri est le lieu d'une espèce de pulsion qui peut se vider, au vu et au su de tous, car le sujet n'est plus intégré dans le récit du su et dans le drame du vu.

Alors comment les rencontrons-nous ? Nous les rencontrons parce qu'ils nous sont signalés, et rarement par les services sociaux. Qui nous les signale ? Et bien d'autres errants, d'autres jeunes qui eux se posent et parfois s'agglutinent dans des lieux où les traces de l'humain circulent mais ne signifient plus grand chose d'un échange possible ; des lieux où l'on est trop pressé pour

¹⁰ « La vie quotidienne au Parlement Européen ». Paris, Hachette, 1992

¹¹ AUGÉ, M., « Non-Lieux, Introduction à une anthropologie de la surmodernité ». Paris, Seuil, 1992

formuler les premiers mots non seulement de bonjour et d'accueil mais peut-être de surprise ; des lieux où trop pressé l'on perd une espèce de vision mentale de la détresse de l'autre. Je mentionne ici ces lieux où les gens passent, pour aller chercher la voiture, pour prendre le train, le bus ou le métro ou pour jeter dans la fente d'une boîte aux lettres un courrier qui importe. Et cela, c'est important car ces errants qui campent dans ces lieux-là ne sont pas dans la pire des errances. Ils font couple souvent avec des objets partenaires. La drogue est considérée comme un partenaire fiable, qui ne trompe pas car procurant toujours les mêmes effets. Puis un jour le produit toxique laisse indifférent, ça n'anesthésie plus, ça n'exalte plus, ça ne fait pas basculer non pas dans un rêve – au demeurant beaucoup des errants ne prennent pas des drogues pour rêver, ils prennent des drogues pour s'empêcher de rêver, c'est-à-dire pour faire de leur nuit une atonie totale dépourvue d'onirisme. Et lorsque le couplage avec l'objet drogue ne fonctionne plus, et c'est à ce moment-là qu'ils vont aller se réfugier dans un non-lieu, un territoire sommaire et étroitement balisé, prolongation étroite du corps. Ils peuvent avoir comme partenaire un chien le plus souvent. Considérons comment ils parlent de leur chien.

Le punk « à la crête d'Iroquois »

J'étais, il y a longtemps de cela mais cela me reste comme si c'était hier soir, à Rennes, en Bretagne, en France. Il y avait Place de la République - ce n'est pas rien « Place de la République » - aux abords de La Poste, un punk. C'était un punk dévergondé, impressionnant - ils peuvent être très impressionnants - une crête d'Iroquois façon « Taxi Driver » avec une main qui puait tellement, elle était abîmée par une blessure qu'il laissait se développer au point de corrompre son corps avec une possible gangrène. Il fallait l'hospitaliser et nous l'aurions fait de toute façon par une contention parce que, sinon, c'était de la non-assistance à personne en danger. Mais tout de même, à côté de lui, comment ne pas remarquer son chien, extrêmement propre d'une propreté impeccable, bichonné c'était un rottweiler d'une propreté impeccable. Que fallait-il faire ? Dire à ce grand dadais négligé, sans doute ayant pissé sur lui à plus d'une reprise, qu'il se trompait et qu'il faisait une erreur cognitive, et lui demander pourquoi il soignait son chien alors qu'il ne se soignait pas ? Vous imaginez très bien ce qui se serait passé, il nous aurait plantés là, en nous insultant. Alors je parle du chien, je lui demande comment va son chien... et j'entends toutes les fadaises d'usage : « *vous savez, les chiens, c'est bien, c'est meilleur que les humains* ». Je continue : « *Ah oui, c'est bien, votre chien vous aime bien, vous l'aimez bien, vous en prenez soin* ». Et il me dit cette chose extrêmement sidérante : « *J'entends mon chien, il est sympa parce qu'il rêve de moi* ». Ça, je vous assure, c'est assez original. Aussitôt, dans une espèce d'impatience infantile, notre stagiaire annonce : « *voilà un beau cas de psychose* ». J'ai beau secouer le D.S.M ou mes traités de psychopathologie, je n'ai jamais entendu parler de folie à deux avec un rottweiler. C'est peut-être parce que les psychiatres ne fréquentent pas assez les salons canins, je ne sais pas. Ce que je sais en revanche, c'est que, dans ces cas-là un sujet peut tout à fait déléguer ce que Freud appelait sa libido (non pas l'énergie vitale mais le désir de l'énergie vitale), sa psyché se projette sur un point extérieur qui se trouve être l'animal de compagnie. Cet adolescent tardif et monté en graine peut montrer non sans fierté qu'il prend soin de cette vie extérieure, celle de son chien, à laquelle il confie, sans délire, le soin de rêver à sa place. De sorte qu'avec un tout petit peu de bon sens, il me suffisait de dire que c'était formidable, qu'il est un type très bien, qu'il assure très bien la responsabilité qu'il s'est donnée de s'occuper de son chien mais que s'il laisse sa main dans cet état d'incurie, il ne pourra plus s'occuper de son chien, plus jamais le caresser. Trois minutes après, le type montait dans la voiture et se faisait soigner à l'hôpital. Nous avons donc un certain nombre d'errants qui placent leur dignité non dans le fait de prendre soin d'eux-mêmes mais de prendre soin d'une autre vie à côté d'eux-mêmes. Une autre vie...

À la rencontre des personnes qui désespèrent de la présence humaine

Lorsque nous allons rencontrer ces personnes qui désespèrent de la présence humaine, nous sommes face à une angoisse taciturne, morose, tous les jours recomposée comme une éternité sans durée... Lorsque nous allons les voir, eh bien nous ne sommes pas bien accueillis. « *Qu'est-ce que vous nous voulez ?* » La question est non seulement inévitable mais elle est indispensable. « *Qu'est-ce qu'on veut ?* » Pourquoi voulons-nous qu'ils fassent partie de ce que l'on appelle notre communauté humaine ? Pourquoi voulons-nous faire partie de ce qui en eux ne s'est pas complètement désabonné de la communauté humaine ? C'est une bonne question ! On ne saurait pas y répondre par des slogans, on ne saurait dire « tout simplement parce qu'on est des gens bien », ou parce qu'on veut veiller au bien social. Nul doute, nous sommes des gens bien, nul doute on veut veiller au bien social, ça nous donne notre petite originalité dans les temps que nous vivons où les faiseurs de bien sont rigoureusement attaqués par les politiques les plus haineuses qui soient et qui séduisent. Mais il est vrai aussi, que c'est sans doute plus à l'intérieur de nous-mêmes que nous avons besoin nous-mêmes d'être hébergés, que nous avons aussi la soif d'être accueillis. Nous n'avons pas tout simplement besoin de prêter assistance, mais nous avons besoin d'être reconnus comme faisant partie de la communauté humaine par ces « grands errants » et ces « grands exclus » qui les plus inhabités par de l'espoir qu'il puisse y avoir un autre humain proche et secourable.

Il m'arrive parfois de dire : « *vous savez, je ne suis là où vous êtes parce qu'il peut se passer quelque chose d'important pour vous et pour moi* ». Et ça alors, évidemment vous êtes attendu au tournant et surtout par les ados...

Le gamin de « Pointe-Noire »

Bien sûr, il peut y avoir des agences d'urgence - ça s'appelle l' « humanitaire »¹².. Quand vous êtes présent près de ces personnes, il faut se rendre compte qu'il y a des parties de leur corps qui ne sont plus investies. En particulier, et ce n'est pas seulement l'usage des drogues, le fait de se désabonner de la part humaine, de se désinvestir des sensations aussi simples que le froid, le chaud, la douleur. Je me souviens d'un gamin qu'on avait repéré à Pointe-Noire au Congo. Il s'était planqué dans une scierie désaffectée. Les lieux des errances, ce sont des lieux de la grande histoire orpheline qui n'est plus habilitée à peupler le présent. Cela ne sert à rien de dire à des adolescents qu'on rencontre « *Bonjour, je suis psychanalyste, parle-moi de ton papa, de ta maman* », ils vous envoient au diable et ils ont mille fois raison. Il faut qu'ils parlent de leur présent. Des adolescents de 13-14 ans, allez savoir l'âge de ces mêmes dénutris qui, comme tous les errants, n'ont pas quitté un lieu mais un non-lieu. Ils sont partis d'un endroit qui les a vomis dehors. Un dehors sans promesse et sans perspective. Je reprends mon exemple de Pointe-Noire, ce gosse... Là aussi des blessures, des rixes avec les enfants dans la rue, avec des policiers qui ont le droit de tuer. On ne les ennuie pas s'ils tuent un enfant, ils ont tué un « nuisible ». On va discuter avec les gens du quartier, on veut soigner ce gosse... on négocie vraiment Les soins qu'on lui a fait ce sont des soins très douloureux, mais prodigués avec douceur. L'infirmier et le médecin sont de haute qualité dans cette équipe, une empathie profonde et sans esbrouffe, une compétence, une précision absolue. Les deux premiers jours de soins, le même est impassible. Mais peu à peu la douleur affleure, dans ses mimiques alors que le traitement est d'un strict point de vue technique, nettement moins rude, moins intrusif. « *Je ne comprends pas* » dit le médecin. A quoi je réponds « *oui mais regarde, quand tu as commencé à travailler avec ce même jamais tu n'as entendu sa voix, jamais tu n'as croisé son regard. Pendant deux jours, il était crispé à son parpaing et une planche. Aujourd'hui, il prend nos mains, c'est-à-dire qu'il a repris la gourmandise du sens et de la présence de l'autre. Et*

¹² Une des premières fois où le mot humanitaire fut utilisé en France, c'était le nom d'un journal ouvrier en 1948 qui réclamait un peu moins d'heures de travail et le droit pour tout ouvrier de voyager

qu'à ce moment-là quelque chose de la douleur peut revenir. C'est bien, ce n'est pas une condamnation de ton geste mais c'est un appel ».

Voilà que le travail clinique avec ce jeune nous apprend. Il nous amène en pleine face que notre rapport tranquille, un peu pépère, à notre corps, à notre identité, à notre langage, et à ce qui fait abri, ça n'a rien de naturel. Nous retravaillons peut-être toutes les fêlures internes sur ce rapport au corps, au langage, sur ce rapport à l'abri en travaillant avec ces personnes. Il faut qu'ils aient reconstruit quelque chose de leur intégrité, de l'image du corps, avant de songer de les faire entrer dans un parcours de soins qui prendrait le relai de l'art d'aller vers eux.

Alors ces errants, ces « laissés pour compte », ces sans-abris, pas sans maison seulement mais sans l'abri de la douce voix humaine... la plupart de ceux que nous rencontrons ne sont pas toujours aussi seuls. Ils ont toujours quelqu'un dont ils s'occupent. Ils s'occupent toujours de quelqu'un. D'un animal, d'un autre qui va plus mal qu'eux. Ils peuvent très bien nous dire « occupez-vous plutôt de cet autre ».

Discussions des données et préconisations

Que ce soit en Afrique, ou en France, où que ce soit, la question « des laissés pour compte » est viscéralement liée à la question d'un accès aux soins qui ne peut être valable que si on invente des dispositifs au plus près de ce rapport minimal du sujet à son corps, à sa parole, au langage et à un autrui. Il faut des équipes mobiles, des lieux de parole dans la cité. Il faut inventer ces dispositifs. Il faut être dans les foyers de réfugiés, pas leur donner rendez-vous à l'hôpital même s'ils sont en crise d'angoisse très vive et qu'ils ont besoin de valium.

Première préconisation : toujours veiller à ce que nous menions un clinique du cas singulier sans jamais confondre singularité et isolation ; nous devons comprendre au plus comment un sujet se construit un monde avec d'autres, avec un environnement, y compris avec les produits « toxiques ». Nous devons entendre l'expérience émotionnelle de l'espace et du temps, et définit avec lui ce qui lui reste de ce capital de socialisation qui nous inclura comme partenaire de façon brusque et souvent plus rapide qu'escomptée.

Deuxième préconisation : créer des dispositifs intermédiaires, lieu d'accueil et d'hébergements transitoires qui permettent des mises à l'abri et une immersion dans un lien social marqué par des temporalités et des rythmes communs, des règles du jeu, des échanges possibles

Nous ne pouvons supporter qu'un nombre de plus en plus croissant d'hommes et de femmes soit des laissés pour compte sans droit de citer, pas plus que nous ne pouvons et devons supporter que nos inventions de dispositifs soient laissées pour compte sans droit de citer. Notre action clinique fait de nous des acteurs politiques c'est à-dire des acteurs qui ont un impact sur la polis (en grec la cité) et ne réduisent pas les exclus à des malades (même si la douleur de vivre est proche de l'insupportable) mais à des figures politiques du sacrifié. Ce à quoi nous objectons en esprit et en acte, ne seroit-ce qu'en faisant nôtre et en les appliquant les deux préconisations supra.

Conflits d'Intérêt

Bien que l'auteur soit rédacteur de cette revue, il n'a joué aucun rôle dans la révision et la prise de décision de cet article.

Références

Abélès, M : *La vie quotidienne au Parlement Européen* . Paris, Hachette, 1992

- Augé, M. : « Non-Lieux, Introduction à une anthropologie de la surmodernité ». Paris, Seuil, 1992
- Douville, O. "Exclusion et errance ", Health Systems and Social Development: an alternative paradigm in health systems research. Brussels, European Commission publications. J. Le Roy & K. Sen (Eds.) 2000 : 55-62
- Douville, O. : « Incidence de la grande exclusion sur la psychologie de l'enfant et de l'adolescent », Conférence donnée à l'Université de Psychologie de Ouagadougou, mai 2006, <https://www.olivierdouville.com/articles/incidence-de-la-grande-exclusion-sur-la-psychologie-de-l-enfant-et-de-l-adolescent>
- Douville, O. : « Enfants et adolescents sous la guerre. Figures modernes du meurtrier et du sorcier », Guerres et Traumas, Paris, Dunod, collection "Inconscient et culture", 2016, p. 177-206
- Douville, O. : *De l'adolescence errante* (éd. augmentée), Paris, Des Alentours, 2016
- Emmanuelli, X. , Frémontier, C. : « L'exclusion et les difficultés du décodage » in *La fracture sociale*, Paris, PUF coll. « Que sais-je ? », 2002
- Herz , R. « La représentation collective de la mort », *Paris, Année sociologique*, X, 1907
- Paugam, S. : « La disqualification sociale : statuts, identités et rapports sociaux des populations en situation de précarité économique et sociale », Thèse de Doctorat en Sociologie EHESS, Paris, EHESS, 1^{er} janvier 1988,
- Sauret M.-J. . « Quand la psychanalyse questionne l'exclusion sociale », *Travail social et psychanalyse*, Nîmes, Champ Social, 2005, pp 45-56
- Vexliard, A. *Le Clochard*, Paris, Desclée de Brouwers, 1998
- Zucca, S. et Douville, O « Le fait clinique, révélateur d'une interrogation politique ? À propos de l'abandon de la demande de soin chez des personnes vivant en situation chronique de dé-socialisation. », *Psychologie Clinique*, 17, 2004, pp 61-69

2025 DOUVILLE, 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 10 November 2024
Accepted, 16 March 2025
Published, 21 March 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite : Hien (2025). *Acceptabilité des populations au Burkina Faso face au traitement préventif intermittent de la tuberculose: Etude qualitative.* *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(1), 66-77.
<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.5>

Research

Acceptabilité des populations au Burkina Faso face au traitement préventif intermittent de la tuberculose : Etude qualitative.

Acceptability of populations in Burkina Faso to intermittent preventive treatment of tuberculosis: Qualitative study.

Hervé Hien^{1,2*}, Yisso Fidèle Bacyé^{2,3}, Herman Badolo², clément Meda⁴, Maxime Drabo¹

¹ Institut de recherche en science de la santé (IRSS), Centre national de recherche et scientifique et technologique (CNRST) , Ouagadougou, Burkina Faso

² Institut national de santé publique, Ouagadougou, Burkina Faso,

³ Université Thomas Sankara, Centre Universitaire de Tenkodogo

⁴ Institut national des sciences de la santé (INSSA), Université nazi Boni, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

* **Correspondance** : Email : hien_herve@hotmail.com, Tel +22670245554

Résumé

La récurrence de la tuberculose au Burkina Faso a conduit à adopter la stratégie pilote chez les enfants de moins de 5 ans, basée sur le traitement préventif de la tuberculose. Cependant, le programme manque de connaissances pour couvrir les adultes et les enfants de plus de 5 ans. L'objectif de notre étude était d'analyser l'acceptabilité du traitement préventif de la tuberculose auprès des patients suivis dans des centres de prise en charge afin de proposer des pistes de réflexions pour passer à l'échelle. Nous avons réalisé une étude transversale descriptive qualitative de juillet à août 2023 dans la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou et dans la Centre Régional de Lutte Antituberculeuse de Bobo-Dioulasso. La population d'étude était constituée des patients suivis régulièrement sous TPT dans ces deux structures. L'échantillonnage était raisonné pour les entretiens individuels tenant compte de la saturation. Nous avons conduit des entretiens et des focus groups. Les données ont été enregistrées avec la permission des patients. Les données ont été traitées à partir du logiciel Nvivo version 14. Les données ont été collectées auprès de 45 participants pour les entretiens individuels et auprès des focus groups. Les participants ont déclaré approuver la mise en œuvre du traitement préventif de la tuberculose. Selon les participants, la durée du traitement préventif était le facteur qui influencerait significativement son acceptabilité. Les refus et les craintes étaient liés aux conditions précaires de vie des pensionnaires et aux difficultés d'alimentation. Les participants ont estimé que le projet était pertinent. Cependant, lors du passage à l'échelle de l'intervention, certains défis doivent être considérés par les gestionnaires du programme.

Mots clés: Tuberculose, traitement préventif , acceptabilité, enfants plus de 5 ans, Burkina Faso

Abstract

The recurrence of tuberculosis in Burkina Faso has led to the adoption of a pilot strategy based on the preventive treatment of tuberculosis (TPT) in under 5 years children. However, the program lacks the knowledge to cover this adult and under 5 years children. The objective of this study was to analyze the acceptability of preventive treatment of tuberculosis among patients followed in care centres in order to propose perspectives to scale up. We conducted a qualitative descriptive cross-sectional study from July to August 2023 in the Ouagadougou Detention and Correction Center (MACO) and in the Regional Center for Tuberculosis Control (CRLAT) in Bobo-Dioulasso. The study population were patients regularly followed under TPT in these two structures. Sampling was non-probabilistic. The individual interviews have taken into account saturation. We conducted interviews and 2 focus groups (one in each structure). The data were recorded with the patient's permission. Data have been transcribed and processed using the Nvivo version 14 software. Data were collected from 45 participants for individual interviews and focus groups. Participants endorsed the implementation of TB preventive treatment. According to the participants, the duration of preventive treatment has been the factor that significantly influenced its acceptability. The refusals and fears were linked to the precarious living conditions of the residents and the difficulties of feeding. Survey participants believe that the TPT project is relevant. However, during the scaling up of this intervention some challenge that need to be addressed by the TB program.

Keywords: tuberculosis, preventive treatment, acceptability, Burkina Faso

1. Introduction

La tuberculose est perçue comme une urgence mondiale, c'est un problème de santé publique (Dion M-J; 2002) en raison du nombre de cas annuels estimé à 10,6 millions (OMS; 2022), avec 1,3 millions de décès (OMS ;2023). Cette maladie peut être analysée comme un obstacle important de développement, ce qui justifie le fait que les objectifs de développement durable des Nations Unies visent à la stopper d'ici à 2030. Comme partout en Afrique Sub-Saharienne, au Burkina Faso, cette maladie demeure un problème majeur de santé publique (Maïga S et al; 2021). La situation demeure préoccupante quoique le pays enregistre une légère baisse du taux d'incidence (Banque Mondiale ; 2022). Il est passé de 70 cas de tuberculose pour 100 000 habitants en 2000 à 44 cas de tuberculose (TB) pour 100 000 habitants en 2022 (Banque Mondiale , 2022), et une mortalité de la TB chez les VIH négatifs à 6,4 pour 100 000 habitants (Atlas Mondial de données; 2021).

Au Burkina Faso, la lutte contre cette maladie est coordonnée par un Programme National de lutte contre la tuberculose, mis en place depuis 1995 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique Bukina Faso; 2020) . Son objectif est d'atteindre la cible de guérison des malades de 75% des patients dépistés (OMS; 2024). Les stratégies développées sont :

- la Stratégie « DOTS » 1995-2005, qui est une stratégie de traitement de brève durée sous surveillance. Le traitement est constitué de pilules à prise quotidienne et régulière sur une période sans discontinuité de 6 à 8 mois (A.Vs; 1998) ;
- la Stratégie « Mettre fin à la tuberculose » 2016-2035 a pour cible, une réduction de 95% du taux de mortalité de la tuberculose et 90% de l'incidence de la tuberculose. Pour cette stratégie, il convient d'élargir le champ de lutte contre la tuberculose en intégrant les outils et les mécanismes innovants de traitement et de prévention de cette maladie (Ouédraogo M. et al; 1999). L'incidence de la tuberculose est passée de 55 cas pour 100 000 habitants en 2012 à 44 pour 100 000 habitants en 2022 (Banque Mondiale , 2022). L'on estime que cette stratégie est une contribution majeure à l'atteinte des résultats mondiaux (Agbota G et al; 2022).

Dans la dynamique de la lutte contre cette maladie, le Burkina Faso, à l'instar des autres pays, faisant face à la particulière vulnérabilité des enfants de moins de 5 ans à la tuberculose, a mis en œuvre une stratégie de protection de ces enfants en contact de cas de tuberculose confirmée bactériologiquement,

à travers le traitement préventif de la tuberculose (TPT). Le traitement préventif de la tuberculose est une chimioprophylaxie administrée à des sujets à risque de contamination d'une tuberculose-maladie. Il est aussi présenté comme traitement d'une infection tuberculeuse ou d'une infection tuberculeuse latente. Il comprend deux grandes familles : une monothérapie à l'isoniazide pendant six ou neuf mois ou un traitement préventif plus court à base de Rifampicine (OMS ; 2021 ; Bégué P ; 1995). Ce traitement semble davantage plus efficace que la surveillance exclusive sous traitement préventif. Chez l'enfant, son action atteint une réduction du risque de tuberculose secondaire de 80 à 90% (Hien et al ; 2023 ; Kampoer B; 2016).

L'adoption de ce traitement en faveur des enfants a permis au Burkina Faso d'investiguer en 2021, 89,4% des enfants de moins de 5 ans en contact avec des cas avérés de tuberculose. Ceux déclarés éligibles au TPT ont été estimés à 95,4% et 79,3% ont été mis sous TPT(OMS ; 2021)

En partant de cette expérience pilote par le programme avec les enfants de moins de 5 ans, le programme national de lutte envisage l'extension de cette stratégie chez les adultes et chez les enfants de 5 ans et plus, contacts de cas de tuberculose confirmée bactériologiquement, conformément aux recommandations de l'OMS. Notre recherche trouve son ancrage dans le cadre d'analyse de Morestin (Morestin F; 2011), comprenant six dimensions: l'efficacité, les effets non recherchés, l'équité, la faisabilité, les coûts et l'acceptabilité. L'acceptabilité étant perçue comme la réaction, la réponse que formule l'acteur social face à l'introduction d'une innovation (De Sousa A; 2011; Brunson M. W; 1996). Cette réponse de l'individu est le produit des représentations sociales. La contextualisation de cette stratégie tiendra compte de l'acceptabilité des populations, mais aussi de la documentation des conditions d'alimentation et des effets indésirables chez les plus grands qui constituent des motifs de réticence évoqués plus souvent. L'objectif de cette étude était d'analyser l'acceptabilité au TPI de la tuberculose auprès des patients suivis dans des structures de prise en charge dans les deux grandes villes du pays.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Site de l'étude

Ouagadougou et Bobo-Dioulasso étaient les deux villes du Burkina Faso dans lesquelles ont été identifiées les structures d'où les participants ont été identifiés. Ces structures étaient le Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose (CDT) basé à Bobo-Dioulasso dans la région sanitaire des Hauts Bassins. La deuxième structure était le milieu carcéral notamment la maison d'arrêt et de correction de Ouagadougou (MACO), dans la région sanitaire du Centre. Ces deux régions ont été identifiées par le programme de lutte contre la tuberculose pour documenter l'acceptabilité de la stratégie. Elles ont constitué des zones d'expérimentation de la stratégie pour tirer les leçons avant de passer à l'échelle. Le fait que ces régions soient les zones d'intérêt du programme de lutte contre la tuberculose justifient le choix de ces sites pour la présente étude.

2.2. Type d'étude et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qualitative du juillet à août 2023

2.3. Population d'étude et sélection des participants

La population cible de cette étude était composée :

- les détenus malades de tuberculose suivis en routine dans les deux centres identifiés pour l'étude ;
- les accompagnants et les familles des malades de la tuberculose du Centre Régional de Lutte anti-tuberculeuse (CRLAT) ;

- les agents de santé du CRLAT et de la MACO ;
- les acteurs au niveau central et régional de l'administration sanitaire et pénitentiaire.

L'échantillonnage était raisonné. L'étude a été réalisée sur un échantillon total de 45 participants répartis comme suit :

- à la MACO : 5 agents de santé, 3 gardes de sécurité pénitentiaire, 20 codétenus dont 10 hommes et 10 femmes ;
- au CRLAT : 15 accompagnants ;
- au niveau central : 2 personnes ressources du programme tuberculose.

Nous avons obtenu le consentement des participants avant leur invitation pour participer à l'entretien.

2.4. *Collecte des données*

Deux techniques de collecte de données ont été utilisées lors de l'étude

- Des entretiens individuels avec les patients, les accompagnants des patients, les agents de santé et les acteurs du niveau central
- Deux focus groups ont été réalisés dans chaque centre avec un groupe de 10 personnes par focus group (un premier de 10 à la MACO avec les accompagnants des patients, et le deuxième de 10 avec les accompagnants de patients au CRLAT)

A la MACO, nous avons bénéficié de l'accompagnement de l'administration pénitentiaire pour obtenir les RDV avec les patients pour les entretiens. Les agents de santé officiant à la MACO ont permis de désigner les participants selon les critères « cas contacts, cellule collective ». Nous avons obtenu le consentement des participants avant leur invitation pour participer à l'entretien.

Au CRLAT de Bobo-Dioulasso, nous avons rencontré les accompagnants de patients venus pour leur visite de suivi. Pendant que les patients étaient reçus par l'équipe médicale, les entretiens étaient réalisés avec les accompagnants. Les entretiens individuels et les focus group ont été animés à l'aide de guides d'entretiens. Nous avons réalisé les entretiens individuels tenant compte de la saturation. Les discours produits en Français, en Mooré ou en Dioula, selon la convenance linguistique de l'enquête, ont été enregistrés à l'aide de dictaphones après autorisations des enquêtés.

2.5. *Traitement et analyse des données*

La transcription intégrale des discours a été réalisée. Ce choix de transcription a permis au chercheur de retrouver tous les éléments de l'entretien. Une analyse de contenu thématique a été réalisée sur les données qualitatives. Elle s'est focalisée sur la considération que la mise en œuvre du TPT s'inscrit dans le cadre des politiques publiques dont l'évaluation de leur réussite requiert l'étude de leur acceptabilité (Morestin F ; 2023). Il convient de considérer l'interaction sociale comme facteur essentiel de l'acceptabilité sociale de toute innovation (Mbarambara P et al; 2016). Il s'est donc agi de mobiliser la théorie de l'action raisonnée (theory of reasoned Action) qui détermine l'adoption des innovations par le biais de deux facteurs: « l'attitude de l'individu à l'égard de la réalisation d'un comportement et la norme subjective » (Abriane A et al; 2021, p.280). L'attitude de l'individu résulte des représentations sociales des croyances qui pourraient découler de l'adoption de l'innovation. La norme subjective émane quant à elle de l'influence sociale sur le comportement de l'individu. Pour cette étude, les principales dimensions étudiées étaient : l'acceptabilité du TPT et les déterminants qui influencent l'acceptabilité.

2.6. *Considerations éthiques et administratives*

L'étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique institutionnel de l'Institut national de santé publique. Des autorisations préalables ont été obtenues pour la collecte des données : auprès des responsables du ministère en charge de la santé pour la collecte des données au CRLAT et auprès du responsable de la MACO pour la collecte des données auprès des prisonniers. Des autorisations ont

été obtenues auprès des participants pour les entretiens individuels et les focus group. Les entretiens et les focus group aussi bien leurs retranscriptions et le traitement des données ont été réalisés en respectant l'intimité et la confidentialité des participants.

3. Résultats

La présentation des résultats se structure autour de trois principaux thèmes : le profil des participants aux entretiens, les perceptions des participants au TPT, les déterminants influençant l'acceptabilité au TPT

3.1. Profil des participants

Au total 45 personnes ont participé à l'étude dont 28 à la MACO, 2 au niveau central et 10 au CRLAT de Bobo-Dioulasso. Des hommes et des femmes ont participé à l'étude. Les accompagnants rencontrés au niveau du CRLAT Bobo-Dioulasso avaient un âge compris entre 25 et 44 ans. Ils avaient des niveaux d'instruction allant du primaire au supérieur. Pour le supérieur, seul un participant a déclaré détenir une licence. A la MACO les détenus ayant pris part au focus étaient également des hommes et des femmes avec un âge compris entre 15 et 67 ans. Les participants avaient des niveaux d'instruction variés, allant de non scolarisés (n=20) à niveau supérieur (n=8).

3.2. Perception et attitudes face au TPT

Dans l'ensemble, les participants ne désapprouvent pas la mise en œuvre du TPT en dépit des craintes liées à la durée des traitements et aux effets désagréables. La tuberculose se caractérise par son impact socio-économique (le rejet du malade dans certaines situations, l'impotence économique du malade et de ses proches). Conscients de tous ces effets un accompagnant tuberculeux affirme : *« moi en tout cas, je trouve ça très bien. C'est une maladie qu'on a du mal à traiter... »* (TPT_2, homme, 36 ans, accompagnant, CRLAT).

La même opinion est soutenue lors d'un focus group par un codétenu à la MACO : *« je trouve que c'est une bonne idée, c'est pour sauver des gens... »* (TPT_FG-201, 41 ans, codétenu). Dans la même optique, ils considèrent le TPT comme une opportunité pour se faire dépister *« le TPT est une bonne chose du moment où nous venons de divers horizons. Il va falloir faire ça pour détecter ceux qui sont malades »* (TPT_15, homme, 39 ans, détenu, chef de couloir MACO).

Les sentiments sont quelquefois opposés à propos du TPT. Dans le cas des focus group organisés avec les codétenus, la teneur des débats montre une divergence des points de vue à ce sujet : certains estiment que seule la maladie est une occasion d'administration de médicaments. C'est le cas de TPT_24, FG-14 : *« je pense que si on n'est pas malade on ne doit pas prendre de comprimés, je trouve que ce n'est pas une bonne idée »*.

D'autres estiment que cette idée d'innovation de prévention de la tuberculose chez les plus de 5 ans est salutaire : *« moi je pense que c'est une bonne idée, puisqu'on protège les gens contre la tuberculose »* (TPT_24, FG-18). Ces propos mettent en exergue les spécificités des individus pour exprimer la variabilité des points de vue. Mais, il faut indiquer que le point de vue de l'individu est limité en fonction de sa position sociale mais aussi de son capital culturel. C'est dans ce contexte que TPT_1 (homme, 36 ans, accompagnant, CRLAT) affirme ceci :

« pour moi, c'est un très bon projet. Je dis ça parce que, tu as le malade chez toi, tu le vois chaque fois, tu ne peux pas dire que tu ne vas pas te faire contaminer, puisque tu es proche de lui chaque fois. Les gens le fuient mais toi tu es là tous les jours. Maintenant, s'il y a un produit

on dit si tu prends et même si tu es avec le malade chaque fois tu seras épargné de la contamination, mais ! je le ferai le plus vite possible car je vois comment mon malade souffre et je vois comment les gens se comportent avec lui.

La gratuité est l'autre élément d'appréciation du TPT. Les interviews montrent que cette forme d'accès est un atout d'adhésion au programme.

« En tout cas, le gouvernement a bien fait. Ça va aider les gens à ne plus avoir la tuberculose parce que la maladie là n'est pas vraiment simple. Et puis en plus, comme le médicament là est gratuit là ça va beaucoup soulager les gens car les gens n'ont pas l'argent pour acheter tous ces médicaments pendant six mois » (TPT_7, 38 ans, homme, accompagnant CRLAT).

Outre les accompagnants et les codétenus interrogés, les agents de santé perçoivent positivement le TPT. Leurs avis sont formulés dans les propos suivants de TPT_18 (homme agent de santé, 10 ans d'ancienneté, Ouagadougou):

« En tout cas nous, nous percevons très bien la pertinence, c'est peut-être d'autres acteurs qui vont douter de la pertinence. Ça va aider à limiter la propagation du microbe de la tuberculose dans ce milieu qui est clos » (TPT_18, homme, agent de santé, 10 ans d'ancienneté, Ouagadougou).

En somme, les personnes interrogées ne désapprouvent pas l'importance du TPT. Aucun entretien ne remet en cause cette pertinence.

3.3. Obstacles à l'adhésion au traitement préventif de la tuberculose

Les entretiens réalisés montrent certes la perception de la pertinence du TPT par les différentes personnes interrogées. En termes d'adhésion, il existe des cas de refus. Ces cas pour la plupart recensés au niveau de la MACO sont relatifs aux conditions de vie des pensionnaires. Les points de vue des participants dans ce milieu évoquent des ressentiments d'autant plus qu'ils estiment être dans des conditions précaires d'alimentation :

« C'est bien mais à la MACO ici, beaucoup de gens n'ont pas à manger correctement, donc si c'était un vaccin une bonne fois c'était beaucoup mieux, sinon avaler des médicaments ici pendant plusieurs mois, ce n'est pas facile hein ! Moi en tout cas, si c'est volontaire je ne vais pas faire, je préfère le vaccin, mais si je n'ai pas le choix, là je vais avaler et je préfère chaque semaine là parce que c'est ça qui est mieux pour moi ». (TPT_20, homme, 30 ans, détenu MACO)

Le détenu reconnaît la pertinence de l'approche pour la lutte contre la tuberculose, mais comme il l'explique, la formule du TPT (voie orale) ainsi que la périodicité de prise de la dose ne conviennent pas. Ces aspects se posent comme une difficulté d'adhésion au TPT. Il poursuit en présentant l'alimentation comme un frein à l'adhésion des prisonniers au TPT. *« Bon ici à la MACO, si les gens sont bien sensibilisés et s'ils peuvent avoir à manger correctement, ils vont accepter »* (TPT_20, homme, 30 ans, détenu MACO). Le fait que l'interviewé fasse allusion à l'alimentation s'explique par le fait que la conscience collective établit une relation entre prise orale de médicaments et nourriture. Il serait inconvenant de prendre des médicaments à jeun.

Outre ce cas, des accompagnants de tuberculeux accusent le poids social comme contrainte à leur adhésion au TPT. Pour eux, leur environnement social assimilerait ce TPT à un cas de maladie.

« Ah vraiment moi je ne peux pas accepter ça hein ! Parce que même si tu n'as pas la maladie, c'est la pensée-là même qui va te tuer. Et puis les gens vont s'asseoir dire que tu as la tuberculose et c'est les problèmes qui ont commencé. Les gens vont te regarder mal et se méfier de toi. Tu peux même perdre ton travail » (TPT_7, 38 ans, homme, accompagnant CRLAT).

Par ailleurs, la versatilité de l'acteur social est un paramètre important à prendre en compte pour la réussite de la stratégie. Comme l'explique un interviewé:

« Vraiment il faut qu'on se dise la vérité. Les gens peuvent accepter au début mais si ça dure, là seulement vous allez voir, ils ne vont plus revenir ou le jour qu'ils seront occupés là, ils ne vont pas venir sans même parler de l'essence qu'ils doivent mettre dans la moto pour venir. En tout moi je ne suis pas trop loin d'ici mais il y a des gens qui viennent de très loin d'ici ».

Ce dernier semble mettre en évidence les contraintes du TPT, et n'a pas foi à ce que les cibles fréquentent régulièrement les centres de santé afin de se faire administrer le TPT. En termes de contraintes, il évoque la distance, et les coûts du déplacement à supporter par les bénéficiaires.

Si les personnes enquêtées éprouvent des craintes qui freinent leur enthousiasme à adhérer au TPT de la tuberculose, il demeure, du point de vue des acteurs de mise en œuvre notamment les agents de santé, que les adultes pourront adhérer facilement à la stratégie:

« Les adultes adhèrent. C'est au niveau des enfants peut-être, que le problème va se poser. Les parents se plaignent même souvent que les enfants n'ont rien et nous on veut leur donner des médicaments. Ils se disent que les enfants ne sont pas collés aux malades. Sinon eux-mêmes les accompagnants quand ils suivent un malade deux semaines voire trois semaines, ils nous posent des questions à savoir s'il n'y a pas de produits pour eux vu qu'ils sont chaque fois avec le malade. On leur dit non ce n'est pas comme ça. Il faut forcément se dépister d'abord voir avant qu'on vous donne le TPT. Donc si on arrive à mettre ce produit en place, ça va être bien car il y a beaucoup de cas contacts qu'on a mis sous TPT ... » (TPT_25, femme, 25 ans, agent de santé).

Pour l'agent de santé, le besoin existe déjà et il a été formulé par les accompagnants qui craignent de contracter la maladie lorsqu'ils sont obligés d'accompagner des patients atteints de tuberculose. Les données montrent qu'il existe des craintes d'adhésion en dépit de la nécessité de la mise en œuvre du TPT. Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'acceptabilité.

3.4. Facteurs influençant l'acceptabilité

Deux principaux facteurs influencent l'acceptabilité du TPT : la durée du TPT et les effets indésirables du médicament.

3.4.1. Durée du traitement préventif de la tuberculose

La durée du TPT est le facteur qui influencerait significativement l'acceptabilité du TPT. Les personnes interrogées estiment que les délais non seulement sont assez longs mais sont surtout contraignants. *« Vraiment qu'on réduise le temps là car six (6) mois vraiment si tu n'es pas patient là en tout cas, tu vas abandonner ça dèh »* (TPT_5, femme, 44ans, accompagnante).

La durée du TPT pourrait inciter à l'acceptation du TPT ou à son rejet. Les propos ci-dessus montrent que la réduction de la durée du TPT peut être un atout pour son acceptabilité.

Le cas spécifique de la MACO ne diffère pas des précédents. En effet, la mobilité des détenus peut rendre le TPT difficile ou créer des perdus de vue car une fois libéré pendant le cycle de TPT, il serait difficile de retrouver un détenu pour qu'il achève le processus de TPT :

« Un détenu peut venir aujourd'hui, dans une semaine il part ou bien dans deux semaines il repart. Je pense que le TPT d'un mois-là, c'est bon. Les détenus même n'aiment pas quand c'est long. Ils vont dire qu'ils n'arrivent pas à supporter. Ils vont dire qu'ils n'arrivent pas à manger et on leur donne des produits » (TPT_16, 49 ans, chef de couloir, détenu MACO).

Dans la même optique, les personnes interrogées pensent que si le temps d'administration des doses est trop rapproché cela peut constituer une contrainte d'acceptabilité dans la mesure où elle contribue

au rallongement de la durée du TPT. « *Soit on donne 1 médicament chaque semaine ou on réduit le temps là parce que la période de TPT même là est longue. Je trouve quand-même qu'il faut réduire les temps à 2 ou 3 mois comme ça* » (TPT_12, femme, 27 ans, accompagnante).

En plus de la durée du TPT, la question de distance est évoquée. Les accompagnants interrogés ne pensent pas être capables d'effectuer de longues distances pour le TPT. Ainsi, ils posent la distance en plus de la durée du TPT comme contrainte à l'acceptabilité du TPT :

« *Vraiment, le gros problème que je vois c'est la distance même pour venir ici chercher les médicaments. On veut vraiment la santé mais si tu dois quitter ton village loin et faire 30 km pour venir prendre des médicaments ha ! personne ne viendra. C'est la vérité. Si on résout le problème de déplacement là les gens vont accepter selon moi* » (TPT_5, femme, 44ans, accompagnante CRLAT).

Ces points de vue sont unanimes avec la déclaration de TPT_25, agent de santé pour qui la durée du TPT peut susciter des contraintes de mise en œuvre :

« *Ici, c'est la durée du TPT qui va poser problème. Au niveau des enfants, le TPT préventif prend trois mois. Si au niveau des adultes la durée de TPT aussi prend trois mois, je pense que ça sera bon. Si la durée pouvait être en tout cas plus court il n'y aurait pas de problème* » (TPT_25, femme, 25 ans, agent de santé).

Pour cet agent de santé, il convient d'adopter des délais de TPT ne dépassant pas trois mois.

3.4.2. Effets indésirables du médicament

Les effets indésirables du médicament sont l'autre facteur pouvant influencer son acceptabilité. Cette inquiétude est prononcée par la quasi-totalité des interviewés. Comme le déclare un enquêté, « *ce sont les effets secondaires, qui peuvent décourager quelqu'un* » (TPT_4, homme, 42 ans, accompagnant). En termes d'effets secondaires, il faut inventorier le manque d'appétit, les nausées, les vomissements, les douleurs abdominales, les éruptions cutanées mineures, les démangeaisons légères et la somnolence. A ce propos, les personnes interrogées estiment qu'il y en a suffisamment :

« *Les effets secondaires là, c'est trop hein ! Si vraiment il y avait d'autres choses pour ne pas contracter la maladie, moi j'allais prendre. Les effets secondaires là, c'est trop : somnolence, éruption des boutons, les vomissements et autres, imagine que tu aies une activité, tu ne seras pas à l'aise quoi* » (TPT_11, 38 ans, femme, accompagnant CRLAT).

Dans la même logique, cette enquêtée s'exprime :

« *Ah ! ... j'avais dit que je suis d'accord pour ça pour que le malade que j'ai amené ne me contamine pas à travers ses crachats et sa toux, ..., j'avais dit que j'accepte, mais vu les effets secondaires maintenant, je ne suis pas favorable...* » (TPT_9, homme, 25 ans, accompagnant CRLAT).

Pour l'enquêté, les effets indésirables ne lui permettent pas d'assurer ses activités professionnelles. C'est ce qui fait renchérir un autre intervenant : « *On prend les médicaments pour avoir la paix et non prendre des médicaments pour se créer d'autres soucis* » (TPT_4, homme, 42 ans, accompagnant). Ainsi, les effets indésirables créent la panique chez les populations, induisant une réticence à l'acceptabilité du TPT.

4. Discussion

Les résultats montrent que le rapport des individus à la mise en œuvre du TPT est relatif à leurs positions sociales. Ils évoquent divers facteurs pour expliquer l'acceptabilité du TPT. Les résultats indiquent que l'œil social est un déterminant de l'acceptation du TPT et cela est d'autant pertinent puisque la tuberculose est présentée comme une maladie sociale (Carillon S ; 2017). Sociale car outre

l'intégration du statut économique, elle implique la marginalisation du groupe de pairs. Le degré d'acceptabilité est relatif aux connaissances, les relations entre les facteurs sociaux, les valeurs et les croyances que l'individu a d'un phénomène social (Brunson M. W; 1996; Mbarambara P. M; 2016) . C'est ce que les auteurs tentent également de montrer lorsqu'ils affirment que l'acceptabilité est déterminée par l'utilité perçue et la facilité d'usage (Abriane A et al; 2021). Elle résulte ainsi de calculs rationnels opérés par l'acteur social qui prend en compte les contraintes liées à l'acceptation et les avantages qu'il en tire. Dans cette logique il faut prendre en compte les considérations telles que : *« le degré de familiarité et la compréhension des technologies proposées, la perception des risques associés au projet (sociaux, sanitaires, électoraux, économiques, mais aussi techniques), la connaissance des alternatives possibles, l'appréciation des coûts et des avantages des options préconisées, les dispositions des publics destinataires ou/et du territoire d'accueil... »* (Zelem M.-C. ; 2017, P.3)

Comparant les notions d'acceptabilité sociale et de faisabilité dans un contexte des énergies renouvelables, l'auteur retient qu'il existe deux paramètres majeurs négligés à savoir : « la façon dont le projet est promu (du point de vue sémantique, politique, technique, économique ou social) et le degré de confiance dans le mode de gouvernance adopté » (Zelem M.-C. ; 2017, P.3). L'acceptabilité sociale est le résultat d'un processus où les parties prenantes définissent les conditions minimales pour la mise en œuvre d'un projet (Rey-Valette H.; 2017). Cette affirmation confirme l'importance de la communication ou sensibilisation évoquée par les acteurs interrogés comme condition de réussite de l'acceptabilité du TPT. Elle converge également à la validation des différents éléments mis en interaction par les personnes interrogées pour amorcer les préalables à l'acceptation du TPT. L'acceptabilité doit de ce fait procéder d'une analyse globale des différents facteurs d'influence.

Aussi, les résultats montrent que les agents de santé manifestent une attitude favorable à l'adoption du TPT. Dans une étude sur le traitement préventif du paludisme au Bénin, il résulte que dans la plupart des cas, les agents de santé ont une perception positive (De Sousa A; 2011). Cela relève du rapport inconvénients de la maladie et infortunes occasionnés par l'adoption du TPT.

En outre, la durée du TPT, les effets considérables peuvent constituer des facteurs de réticence de l'acceptation du TPT. Ce résultat pourrait être catégorisé comme facteurs de risques, d'échec de projet lié aux maladroites entraînant un « [...] manque d'explicitation des risques inhérents à la technologie, [...] manque d'incitations ou de compensations financières » (De Sousa A; 2011, p.3).

Les résultats évoquent la prise en compte des moyens nécessaires à mobiliser par les populations pour accepter l'introduction du TPT. Le dénuement étant la caractéristique partagée des malades de tuberculose (Carillon S ; 2017), il importe de prendre en compte l'importance des charges à assumer par les populations pour accepter le TPT. C'est en sachant ce risque de la pauvreté des populations sur l'acceptabilité du TPT que l'Organisation Mondiale de la Santé considère la réduction de la pauvreté comme un aspect de la stratégie de lutte contre la tuberculose (OMS ; 2016). De ce point de vue la prise en compte des moyens à mobiliser par les populations est un facteur de détermination de l'acceptabilité du TPT.

Outre les obstacles d'ordre communautaire, les obstacles institutionnels sont des éléments de limitation des résultats du traitement. Au Bénin, l'insuffisance et le manque d'infrastructures, de logistiques, de personnels ont été identifiés comme des obstacles à l'implémentation de la chimiothérapie courte de la tuberculose (Gninafon M et al ; 1992).

L'adhésion a été utilisée comme un facteur d'acceptabilité, mais pour adhérer ((De Sousa A; 2011), il convient que les populations s'approprient l'innovation proposée, parviennent à l'adapter à leur mode de vie, et y perçoivent une utilité certaine. Il ajoute aussi que l'usage de l'innovation peut avoir pour effet, la modification des perceptions sociales. Mais, pour que cela se réalise, il note que l'innovation doit présenter des critères de reconstruction pour les acteurs sociaux. Dans le cas donc de cette recherche, l'adoption du TPT implique cette reconstruction de la posologie du médicament, son mode d'administration évoqué par les participants à l'enquête. La place centrale de l'interaction sociale dans

l'acceptabilité d'une innovation est la preuve qu'elle n'est pas fixe mais dynamique. En ce sens, « L'acceptabilité n'est ni irréversible, ni absolue, elle est toujours relative à un contexte socio culturel, à un niveau d'information et de connaissance et à un moment d'un processus de changement social » (Rey-Valette H.; 2017,p.72).

Il convient cependant d'indiquer que la mobilité des détenus à la MACO peut être un facteur d'échec de l'adoption du TPT dans la mesure où dès leur libération ces personnes peuvent constituer des cas de perdus de vue. Pour la présente étude, il est également pertinent de noter que l'identification de personnes recluses est une limite dans la mesure où ces derniers du fait de leur statut de détenus peuvent s'affirmer favorable à l'adoption du TPT. Leur consentement peut donc être lié au statut de détenus.

Cette recherche qualitative peut présenter des biais de désirabilité. Le biais de désirabilité sociale se définit comme la tendance à se présenter de façon favorable lors de entretiens en fonction de certaines normes sociales établies. Cependant, la triangulation des faits utilisée dans cette étude pourrait atténuer ce biais. Les enquêtés étaient variés d'une ville à l'autre, d'un site à l'autre, des contextes de vie différente (pénitencier et accompagnants de malade en liberté). Les entretiens ont été complétés par des focus groups. Les analyse des faits concordent et qui reflètent la perception des populations concernées.

5. Conclusion

Cette recherche a porté sur l'acceptabilité du TPT de la tuberculose. Ils ne révoquent pas l'acceptabilité du TPT. Les participants à l'enquête estiment que le projet de TPT est pertinent. Cette appréciation est axée sur les avantages de la prévention qu'offre ce TPT. Si l'idée de la prévention est pertinente il existe toutefois des réticences relatives à l'adoption du TPT. Les représentations sociales subordonnent le TPT oral à l'alimentation du sujet, faisant dire aux pensionnaires de la MACO que leurs conditions d'alimentation ne facilitent pas une adhésion au TPT. D'autres facteurs tels que les effets indésirables et la durée du TPT constituent des motifs de réticence évoqués par les participants à l'enquête. Ces différents goulots d'étranglements sont des axes d'attention sur lesquels l'équipe du programme doit prendre en compte lors des futures réflexions pour le passage à l'échelle de la stratégie.

Remerciements

Les remerciements sont adressés aux participants à cette étude qui ont donné de leur temps pour participer aux entretiens et aux focus groupes. Aussi, nous remercions les autorités des deux centres où les participants ont été identifiés (la MACO de Ouagadougou et le CRLAT de Bobo-Dioulasso). Ils ont facilité l'accès les conditions favorables aux entretiens tenant compte de la confidentialité des patients.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt lié à cette étude.

Contribution des auteurs.

Tous les auteurs ont participé à la rédaction, à la correction, à la finalisation du manuscrit. Particulièrement, ils ont participé à la conception, l'analyse et l'interprétation de données, à la critique pour son contenu intellectuel important et approuvé la version à publier. Ils sont également acceptés d'être responsables de tous les aspects du travail.

Références

A.Vs, «DOTS, une stratégie efficace à grande échelle,» Le temps, 29 Décembre 1998. [En ligne]. Available: <https://www.letemps.ch/societe/dots-une-strategie-efficace-grande-echelle#:~:text=Il%20s'agit%20d'une,apparition%20de%20souches%20bact%C3%A9riennes%20r>

- %C3%A9sistantes.. [Accès le 12 Mars 2024].
- Abriane A., Ziky R. et Bahida H., «Les déterminants de l'adoption de la digitalisation par les entreprises: Revue de littérature,» *Revue Française d'Economie et de Gestion*, Volume 2 : Numéro 10, pp. 271-301, 2021.
- Agbota G., Bonnet M. et Lienhardt C., «Perspectives d'élimination de la tuberculose : la stratégie OMS à l'épreuve de la pandémie de COVID-19,» *Médecine et Maladies Infectieuses Formation?* Volume 1, N° 2, pp. 62-68, <https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.338>, 2022.
- Atlas Mondial de données, «Burkina Faso - Taux de tuberculose,» 2021. [En ligne]. Available: <https://knoema.fr/atlas/Burkina-Faso/Taux-de-tuberculose>; consulté le 15/09/2023.
- Banque Mondiale, «Incidence de la tuberculose (pour 100 000 personnes) - Burkina Faso,» 2022. [En ligne]. Available: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.TBS.INCD?end=2022&locations=BF&start=2000&view=chart>. [Accès le 17 08 2024].
- Bégué P., «Traitement préventif de la tuberculose chez l'enfant contact. Eléments décisionnels et modalités thérapeutiques,» *Méd Mal Infect*, n°25, pp. 384-387, 1995.
- Brunson M. W., «A definition of "social acceptability" in ecosystem management,» chez *Defining social acceptability in ecosystem management: a workshop proceedings*, Portland, OR: USDA Forest Service, Pacific Northwest Research Station,, General Technical Report PNW-GTR-369, 1996, pp. 7-16.
- Carillon S. et Du Loû D. A., «Obstacles à la prévention et au dépistage de la tuberculose : une étude qualitative dans le département français de Seine-Saint-Denis,» *Santé publique*, pp. 157-166, 2017 n°2, Volume 29.
- De Sousa A. et Affo A. M., «Acceptabilité du Traitement préventif intermittent infantile du paludisme au sein du système sanitaire et en milieu communautaire au Bénin: acteurs et stratégies,» *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 29, n° 4, pp. 69-94, 2011.
- Dion M.-J., «Mesures de la qualité de vie liée à la santé et des préférences auprès de personnes souffrant de la tuberculose,» Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures et de Recherche, Université McGill, Montréal, Montréal, 2001.
- Gninafon M., Anagonou Y. S., Kinde-Gazard D., Tawo L., Foundohou J. et Josse R., «Chimiothérapie antituberculeuse de courte durée au Benin situation actuelle et perspective d'avenir,» *Médecine d'Afrique Noire* :39 (6), pp. 431-437, 1992.
- Hien H. M., Badolo H., Diallo C. O. et Bazié H., «Profil du Burkina Faso sur la tuberculose,» *onsp-sante.bf*, Ouagadougou, 2023.
- Kampoer B., «Au Burkina Faso, une réponse communautaire efficace dans la lutte contre la tuberculose,» *Independent observer of the global fund*, numéro 8, pp. <https://aidspan.org/au-burkina-faso-une-reponse-communautaire-efficace-dans-la-lutte-contre-la-tuberculose>, consulté le 12/03/2024, 2016.
- Maïga S., Ouédraogo K. O., Nacanabo R. N., Sawadogo A., Ouédraogo A. R., Boncounou K., Namono S., Ouédraogo G. A., Kuiré M., Ouédraogo G., Badoum G. et Ouédraogo M., «Profil épidémio-clinique et issue thérapeutique de la tuberculose dans la ville de Ouahigouya - Burkina Faso,» *Journal on Functional Ventilation and Pulmonology*, vol12, issue 36, pp. 12-15, 2021.
- Mbarambara P. M., Mumbilya E., Mututa M. P. et Ndag M. A., «Niveau d'acceptabilité de la planification familiale dans la Zone de Santé de Kadutu à l'Est de la RD Congo,» *International Journal of Innovation and Applied Studies*, Vol. 17 No. 4, pp. 1190-1197, 2016.
- Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, «Lutte contre la tuberculose: un plan stratégique 2021-2025 pour renforcer les actions,» 2020. [En ligne]. Available: https://www.sante.gov.bf/detail?tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Bnews%5D=318&cHash=a9ffbc494f4f4e79726ee1ff83fbc455; consulté le 15/09/2023.

- Morestin F., «Méthode de synthèse de connaissances sur les politiques publiques : résumé,» Centre de Collaboration Nationale sur les politiques publiques et la santé, Montréal, www.inspq.qc.ca , consulté le 12/09/2023, 2011.
- OMS, «Augmentation du nombre de cas de tuberculose et de décès dus à la maladie pendant la pandémie de COVID-19,» 2022. [En ligne]. Available: <https://www.who.int/fr/news/item/27-10-2022-tuberculosis-deaths-and-disease-increase-during-the-covid-19-pandemic#cms>. [Accès le 17 08 2024].
- OMS, «Cadre pour la mise en oeuvre de la "stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose" dans la région Africaine au cours de la période 2016-2020,» Rapport du Secrétariat , Addis Abeba, 2016.
- OMS, «L'Afrique fait des progrès en matière de diagnostic et de traitement de la tuberculose,» 2024. [En ligne]. Available: <https://www.afro.who.int/fr/news/lafrique-fait-des-progres-en-matiere-de-diagnostic-et-de-traitement-de-la-tuberculose#:~:text=Dans%20l'ensemble%20de%20la,2022%20par%20rapport%20%C3%A0%202015..> [Accès le 17 08 2024].
- OMS, «Manuel opérationnel de l'OMS sur la tuberculose. Module 1: prévention, Traitement préventif de la tuberculose,» Organisation mondiale de la Santé, <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&> , Genève, 2021.
- OMS, «Tuberculose,» 7 Novembre 2023. [En ligne]. Available: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>. [Accès le 12 mars 2024].
- Ouédraogo M., Ouédraogo G., Ouédraogo S. M., Zigani A., Somé L., Dingtoumda B., Auregan G et Tiendrébéogo H., «A propos de la tuberculose à Ouagadougou: étude retrospective à propos de 2.202 cas,» Médecine d'Afrique Noire, vol.49, n°8/9, pp. 398-401, 1999.
- Rey-Valette H. et Mathé S., «La notion d'acceptabilité sociale : de quoi s'agit-il et comment peut-on intervenir ?,» chez Durabilité des aliments pour le poisson en aquaculture : Réflexions et recommandations sur les aspects technologiques, économiques, sociaux et environnementaux, Gland, Suisse : UICN, et Paris, France , Comité français de l'UICN , 2017, pp. 72-76.
- Zelem M.-C., «Les énergies renouvelables en transition : de leur acceptabilité sociale à leur faisabilité sociotechnique,» Revue de l'Energie, pp. 1-8, 2012.

@ 2025 HIEN, 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)

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

Received, 18 January 2025

Accepted, 16 March 2025

Published, 21 March 2025

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

To cite : Kavugho et al. (2025). Santé reproductive des adolescentes en République Démocratique du Congo : Perceptions familiales et analyse des interventions éducatives dans la zone de santé d'Oicha .Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(1), 78-105. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.6>

Research

Santé reproductive des adolescentes en République Démocratique du Congo : Perceptions familiales et analyse des interventions éducatives dans la zone de santé d'Oicha

Reproductive health of adolescent girls in the Democratic Republic of Congo: Family perceptions and analysis of educational interventions in the Oicha health zone

Louange Vaherwaki Kavugho^{1,2}, Alexis François Bwanga Ngwamah², Koto-Te-Nyiwa Ngbolua^{3,4,*}, Basua Babintu Leyka Mukandu² & Francoise Kaj Malonga⁵

¹Institut Supérieur des Techniques Médicales d'Oicha, Beni, République Démocratique du Congo

²École Doctorale des Sciences de la Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

³Département de Biologie, Faculté des Sciences et Technologies, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

⁴Centre de Recherche en Pharmacopée et Médecine Traditionnelle, Institut Supérieur de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

⁵Université de Kolwezi, Kolwezi, République Démocratique du Congo

***Correspondance : jpngbolua@unikin.ac.cd ; Tel : +243-816-687-9527;**

Résumé

Dans de nombreuses cultures africaines, la santé sexuelle des adolescents demeure un sujet tabou en raison de normes sociales restrictives. Ce contexte limite l'accès à l'éducation et aux soins, propage des informations erronées et néglige les besoins des adolescents. La compréhension des perceptions des adolescentes et de leurs proches sur les interventions en santé reproductive selon leurs traditions, pratiques et coutumes afin d'améliorer leur acceptabilité, a invoqué une approche exploratoire avec une méthode ethnographique. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 21 adolescentes et de leurs proches dans la zone de santé d'Oicha, sélectionnés par échantillonnage raisonné. Les données qualitatives ont été analysées à l'aide du logiciel ATLAS.ti. Les résultats mettent en évidence des interventions éducatives portant sur la prévention des maladies infectieuses, la sensibilisation à la planification familiale et l'éducation à la santé menstruelle, issues de sources formelles et informelles. Les participantes perçoivent ces interventions selon deux dimensions : leur impact potentiel sur les comportements des adolescentes et leur compatibilité avec les valeurs culturelles locales. Les attentes exprimées incluent une meilleure éducation et information en santé reproductive, une accessibilité accrue aux services de santé, et une personnalisation des interventions selon les besoins locaux. Ces résultats soulignent l'importance de développer un programme éducatif holistique qui répond aux besoins spécifiques des adolescentes et de leurs familles, tout en respectant le contexte socioculturel. Un tel programme pourrait améliorer l'acceptabilité et l'efficacité des interventions en santé reproductive dans des contextes similaires.

Mots clés : Acceptabilité, normes culturelles, prévention, accessibilité, éducation holistique

Abstract

In many African cultures, adolescent sexual health remains a taboo subject due to restrictive social norms. This context limits access to education and care, spreads misinformation, and neglects adolescents' needs. Understanding the perceptions of adolescent girls and their families about reproductive health interventions based on their traditions, practices, and customs in order to improve their acceptability required an exploratory approach using an ethnographic method. Semi-structured interviews were conducted with 21 adolescent girls and their families in the Oicha health zone, selected through purposive sampling. Qualitative data were analyzed using ATLAS.ti software. The results highlight educational interventions on infectious disease prevention, family planning awareness, and menstrual health education, from both formal and informal sources. Participants perceived these interventions along two dimensions: their potential impact on adolescent girls' behaviors and their compatibility with local cultural values. The expectations expressed include improved reproductive health education and information, increased accessibility to health services, and the tailoring of interventions to local needs. These findings highlight the importance of developing a holistic educational program that addresses the specific needs of adolescent girls and their families, while respecting the sociocultural context. Such a program could improve the acceptability and effectiveness of reproductive health interventions in similar settings.

Keywords: Acceptability, cultural norms, prevention, accessibility, holistic education

1. Introduction

Les adolescents sont souvent négligés en matière de santé sexuelle en raison des normes sociales restrictives qui considèrent l'expression de la sexualité comme inappropriée pour les jeunes. Cela limite leur accès à l'éducation et aux soins nécessaires (Astle et Brasileiro, 2024). Les idées fausses sur l'éducation sexuelle, le manque d'attention des adultes aux besoins des adolescents, ainsi que divers obstacles sociaux et culturels, aggravent la situation dans de nombreux pays (Samadaee Geleghkolae et al., 2021). À l'échelle mondiale, l'absence d'une éducation efficace en santé sexuelle contribue à des taux élevés de problèmes chez les adolescents, tels que les grossesses non planifiées et les infections sexuellement transmissibles (Mahama et al., 2020; Ahlou, 2021). Environ 16 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans accouchent chaque année (Ramírez-Villalobos et al., 2021). Dans les pays développés, comme l'Italie, plusieurs études sur les connaissances des adolescents en matière de sexualité ont révélé un besoin urgent d'éducation sexuelle (Osadolor et al., 2022). Une étude a montré que 57 % des filles et 58 % des garçons avaient été victimes de violences sexuelles de leur partenaire, comme des baisers ou des rapports non consentis. Ces chiffres sont proches de ceux des adolescents ayant reconnu être auteurs de tels actes : 44 % pour les garçons et 61 % pour les filles (Fernández-Fuertes et al., 2020). Dans de nombreux pays en développement, des attitudes défavorables à l'égard de l'éducation en santé sexuelle, un manque de compétences en communication, l'absence de matériel pédagogique adapté et une faible sensibilisation des parents et des enseignants limitent l'accès des adolescents aux connaissances essentielles (Askari et al., 2020). Un nombre important de garçons et de filles ont des rapports sexuels vaginaux non protégés avant l'âge de 15 ans, souvent sous contrainte ou par choix (Mwaka, 2024). En Afrique, le VIH/sida reste l'une des principales causes de décès parmi les adolescents. Chez les filles, les risques liés aux mariages et grossesses précoces s'ajoutent aux défis, tandis que chez les garçons, la sexualité précoce et non protégée est fréquente. Au Burkina Faso, par exemple, 25 % des filles et 1 % des garçons âgés de 15 à 19 ans sont en union. Par ailleurs, 6,3 % des filles et 8,7 % des garçons sont sexuellement actifs, tandis que 0,1 % des filles et 6,8 % des garçons déclarent avoir des partenaires multiples (Bambara et al., s. d.).

En République Démocratique du Congo (RDC), les adolescents commencent souvent leur activité sexuelle très tôt et attachent une grande importance à la confidentialité lors des séances d'éducation sexuelle (Mukendi et al., 2021). La tranche d'âge de 10 à 24 ans représente 28 % de la population, tandis que 22 % des jeunes de 15 ans ont déjà eu des rapports sexuels (Mukadi et al., 2018). Une étude menée à Lubumbashi sur la maternité précoce a révélé que 56,84 % des mères adolescentes avaient eu leur premier rapport sexuel entre 12 et 14 ans, et 43,16 % entre 15 et 17 ans. De plus, 86,32 % de ces mères avaient entre 1 et 5 partenaires sexuels avant leur grossesse, et 5,26 % en avaient plus de 6 (Lubo et al., 2021). À Bukavu, une étude sur l'éducation sexuelle des enfants a montré que la majorité des parents ne l'assurent pas, invoquant des défis sociaux, culturels et religieux. Certains la considèrent comme "satanique" d'un point de vue religieux, tandis que culturellement, elle est perçue comme taboue et honteuse. Beaucoup estiment également qu'elle est sans importance et qu'elle pourrait inciter à la débauche (Mwaka, 2024). Il est pourtant essentiel de fournir aux adolescentes des informations adaptées sur leur sexualité pour qu'elles puissent prendre des décisions éclairées concernant leur comportement sexuel (Lam et al., 2022). Ainsi, notre question principale est la suivante : Comment les adolescentes et leurs proches perçoivent-elles les interventions éducatives en santé reproductive dans la zone de santé d'Oicha ?

L'objectif général de cette étude est de comprendre les perceptions des adolescentes et de leurs proches familiales sur les interventions éducatives en santé reproductive des Adolescentes, dans la Zone de santé d'Oicha avec deux objectifs spécifiques:

- Examiner les représentations des interventions éducatives, de la santé reproductive chez les adolescentes, et de l'adolescente.
- Explorer les perceptions des adolescentes et de leurs proches familiales vis à vis des interventions éducatives en santé reproductive des adolescents.

Justification et intérêt de l'étude

La zone de santé d'Oicha, comme d'autres régions d'Afrique subsaharienne, fait face à des défis en santé reproductive des adolescentes, tels que les grossesses précoces, les Infections Sexuellement Transmissibles et les complications liées à la grossesse, aggravés par des tabous culturels et un accès limité à l'information et aux soins.

D'un point de vue social, cette étude répond aux besoins spécifiques des adolescentes en identifiant leurs attentes réelles en matière de santé reproductive. Elle confronte leurs perceptions à celles de leurs proches afin d'adapter les interventions éducatives aux réalités locales et de garantir leur efficacité. Elle fournira également des informations permettant de prévenir les comportements à risque, tels que les grossesses précoces, les IST et d'autres problèmes de santé liés à la reproduction. Enfin, cette étude nous permettra de mieux comprendre comment les adolescentes et leurs familles perçoivent les interventions éducatives en santé reproductive. D'un point de vue scientifique, cette étude aide à identifier les facteurs culturels et sociaux qui influencent la manière dont les messages de santé publique sont reçus dans cette région. L'analyse des perceptions contribuera à affiner les interventions et à orienter les politiques publiques de manière à mieux répondre aux besoins locaux, réduisant ainsi le risque de marginalisation. En tant qu'étude qualitative, elle permet non seulement de formuler des hypothèses utiles pour des recherches futures, mais aussi de bâtir une base théorique sur les interventions éducatives en santé reproductive des adolescentes.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Zone d'étude

Nous avons choisi la Zone de Santé Rurale (ZSR) d'Oicha comme cadre pour notre étude. Située dans la Cuvette Centrale, sur la crête Congo-Nil, au cœur de la forêt équatoriale, elle est délimitée : À l'est : par la rivière Semliki, qui la sépare de la ZSR de Kamango ; Au nord : par les ZSR de Boga, Komanda et Mambasa, toutes situées dans la province de l'Ituri ; À l'ouest : par la ZSR de Mabalako ; Au sud : par la Zone de Santé Urbano-Rurale de Beni. L'axe routier Beni-Komanda traverse la ZSR d'Oicha du sud au nord (Soheranda, 2024). La population de cette zone vit dans un climat constant de conflit armé, ce qui augmente son exposition à des activités sexuelles précoces et à des problèmes de santé reproductive. Malgré cela, elle bénéficie d'interventions sporadiques de diverses organisations non gouvernementales. Ces caractéristiques justifient notre choix de cette zone.e

2.2. Méthodes

Etant donné que nous nous appuyons sur les traditions, pratiques et coutumes des familles pour explorer leurs perceptions sur les interventions éducatives en santé reproductive des adolescentes, nous avons adopté une approche qualitative basée sur une méthodologie ethnographique. Cette méthode implique notamment de rendre compte des perspectives divergentes au sein d'un même contexte socioculturel (Lalonde, 2015).

Population et Échantillon

La population cible de notre étude est composée d'adolescentes et de leurs proches familiales vivant dans la Zone de Santé d'Oicha. Entre le 15 août et le 30 octobre 2024, nous avons identifié un total de 21 participantes, dont : 8 adolescentes ; 13 proches familiales des adolescentes (mères, sœurs, tantes paternelles ou maternelles, cousines, nièces). Les participantes ont été sélectionnées selon les critères d'inclusion suivants : Être une adolescente ou une proche familiale d'une adolescente (de sexe féminin) ; Avoir pris connaissance des interventions éducatives en santé reproductive ; Avoir consenti librement à participer à l'étude.

2.2.1. Critères d'exclusion:

- Ne pas avoir pris connaissance des interventions éducatives en santé reproductive ;
- Refuser de consentir à participer à l'étude.

L'échantillonnage a suivi une approche intentionnelle ou raisonnée, consistant à sélectionner des participantes capables de fournir des informations pertinentes (Admin, 2022). Ce processus a été guidé par trois principes: La saturation des données (atteinte à partir de la 17^e participante) ; La redondance des informations collectées ; Le renforcement de la saturation jusqu'à la 21^e participante (Ngwamah et al., 2024).

2.2.2. Technique et Instrument de Collecte des Données

Les données ont été collectées à travers des entretiens semi-directifs ou en profondeur réalisés auprès des 21 participantes. Pour collecter les données, nous avons utilisé : Un guide d'entretien structuré en deux parties : les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées et les questions principales ; Un journal de bord pour consigner les observations ; Des enregistreurs audio ; La contribution directe du chercheur. Un test pilote a été réalisé auprès de 5 enquêtées pour évaluer la validité et la fiabilité du guide d'entretien. Ce test a permis d'ajuster la formulation des questions, en assurant leur clarté, pertinence culturelle et objectivité scientifique.

2.2.3. Traitement et Analyse des Données

La collecte et l'analyse des données ont été réalisées de manière simultanée, dès le premier entretien, et ont continué jusqu'à saturation théorique, atteinte après la 21^e participante. Les enregistrements ont été écoutés intégralement, puis transcrits mot à mot. L'analyse thématique a été faite en suivant les étapes ci-après: Identification des déclarations clés ; Attribution de significations aux déclarations, en éliminant les répétitions ; Regroupement des significations en thèmes principaux. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel ATLAS.Ti, ce qui a permis une organisation systématique des concepts et des catégories émergentes.

2.3. *Considérations d'ordre éthique*

Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa en République Démocratique du Congo, sous le numéro de référence 055/ESU/ISTM/DG/2022. Des mesures rigoureuses ont été prises pour protéger les droits des participantes adolescentes, notamment l'obtention du consentement éclairé des parents pour les mineures ainsi que de leur assentiment personnel. Les participantes ont été informées de leurs droits, notamment celui de se retirer de l'étude à tout moment sans conséquence, et des garanties strictes ont été mises en place pour assurer la confidentialité et l'anonymat des données recueillies. Ces dernières ont été stockées de manière sécurisée et ne contiennent aucune information permettant d'identifier les participantes dans les résultats publiés.

3. **Résultats**

Les caractéristiques sociodémographiques des sujets d'étude se répartissent en deux catégories : huit adolescentes et treize proches familiales de l'adolescente. Chez les adolescentes, l'âge varie entre seize et dix-neuf ans, avec une moyenne de dix-sept ans. Le niveau d'étude est constitué de six adolescentes ayant fréquenté le secondaire et deux le primaire. Toutes étaient célibataires ; cinq se revendiquent chrétiennes de l'Église catholique, deux protestantes et un témoin de Jéhovah. En termes de profession, cinq étaient ménagères, deux en chômage et une artiste. Les interviews, d'une durée comprise entre soixante et onze et quatre-vingt-neuf minutes, avec une moyenne de soixante-dix-huit minutes, ont eu lieu dans les écoles pour quatre adolescentes, aux domiciles de trois autres, et au bureau de service de l'une. Pour les proches familiales, l'âge varie de vingt-quatre à cinquante-quatre ans, avec une moyenne de trente-trois ans. En ce qui concerne le niveau d'étude, neuf avaient fait des études secondaires, trois primaires, et une seule avait fait des études supérieures. Sept étaient mariées et six célibataires. Cinq étaient chrétiennes de l'Église protestante, quatre catholiques, trois adventistes et un témoin de Jéhovah. Pour leur occupation professionnelle, trois étaient cultivatrices, trois commerçantes, deux ménagères, deux agents de santé, une artiste, une enseignante et une couturière. Les interviews, d'une durée allant de cinquante et une à quatre-vingt-dix minutes, avec une moyenne de soixante-dix minutes, se sont déroulées dans les domiciles de sept participantes, dans des églises avec deux, dans des structures de santé (bureau I.T) avec deux, dans une école avec une et au bureau de service de l'une. Lors de ces entretiens, deux principaux thèmes ont émergé : il s'agit notamment d'un thème général concernant la « *représentation des adolescentes et de leurs proches familiales sur les interventions éducatives, la santé de la reproduction, et l'adolescentes* » et d'un thème central qui concerne l'« *analyse des adolescentes et de leurs proches familiales de la zone de santé d'Oicha sur les interventions éducatives en santé reproductive des adolescentes* ».

3.1. *Représentation des adolescentes et de leurs proches familiales sur les interventions éducatives, la sante de la reproduction, et l'adolescente*

L'examen cette thématique a permis d'identifier trois sous-thèmes principaux (Tableau 1), chacun comprenant plusieurs catégories et sous-catégories. Le premier sous-thème porte sur la signification des interventions éducatives par les sujets d'étude, avec une catégorie intitulée "Moyens d'éducation et d'information" qui comprend six sous-catégories : prévention des IST, prévention des grossesses non planifiées, prise de décision, gestion des menstruations, fourniture d'informations sur la conception et le suivi de la grossesse, ainsi que les signes et symptômes nécessitant des soins médicaux. Le deuxième sous-thème concerne la signification de la santé de la reproduction, divisée en deux catégories : la première, "Bien-être global lié à la reproduction", comprend quatre sous-catégories : vivre une sexualité épanouie, promouvoir la santé sexuelle, prévenir les risques liés à la reproduction, et vivre une bonne santé physique et mentale ; la deuxième catégorie, "Éducation à la sexualité et à la reproduction", inclut trois sous-catégories : sensibilisation à la sexualité, promotion des comportements responsables, et prise en charge de la fertilité. Enfin, le troisième sous-thème traite de la signification de l'adolescente par les sujets d'étude, avec une catégorie intitulée "enfant de sexe féminin" et quatre sous-catégories : en période de développement physique, en exploration de la sexualité, en conflits familiaux, et vulnérable face aux pressions sociales. Le tableau ci-dessous résume ces différents éléments.

Tableau 1. Représentation des interventions éducatives, santé de la reproduction, et des adolescentes

Sous-thème	Catégorie	Sous-catégorie	Verbatim
Signification des interventions éducatives	Moyen d'éducation et d'information	Prévention des IST	P _{3,7} ,A ₃ « les interventions éducatives stipulent une sensibilisation de la manière à s'échapper des IST... » P _{9,12} « ... pour moi, je les comprends dans le sens de l'éducation visant à prévenir la transmission des IST.... » A _{2,5} « ..., les interventions éducatives sont les moyens de limiter à tout prix la contamination par les IST... » A ₈ ,P _{1,2} « Sont les moyens de prévenir les maladies sexuellement transmissibles... »
		Prévention des grossesses non planifiées	A _{1,4,8} « ... c'est l'éducation portant sur les risques des grossesses indésirables et comment arriver à les prévenir... » A ₈ ,P _{1,2} « ..., les interventions éducatives sont aussi les moyens de prévenir les grossesses non planifiées... » P ₆ « ... Il s'agit d'une garantie de l'éducation complète et accessible sur la prévention des grossesses non désirées... »
		Pour prendre une décision	P _{6,9} « ..., afin de permettre aux individus de prendre des décisions éclairées en matière de santé reproductive... » A _{1,5} ,P _{3,12} « ..., il s'agit d'éduquer aux gens comment nt arriver à prendre une décision... » A ₇ « ..., selon ma compréhension, c'est contrôler sa santé reproductive ... »
		La gestion des menstruations	A _{3,4,7} « ..., je les comprends au sens de l'instruction de la bonne manière de gérer les règles. »

				P _{5,10,13} « ..., c'est éduquer aux adolescentes la bonne gestion des menstruations... »
				P _{7,8} «.... C'est la sensibilisation et l'éducation sur la gestion des menstruations, en mettant l'accent sur la compréhension des processus physiologiques, les bonnes pratiques d'hygiène et l'importance de la santé reproductive... »
				A _{2,5} «..., je les comprends comme l'enseignement des bonnes pratiques pour gérer les menstruations... »
		Fournir les informations sur la conception et le suivi de la grossesse,		P _{5,9,10} « ... c'est donner des renseignements sur la conception,... »
				P _{7,12} « C'est une diffusion des informations concernant la conception... »
				A _{1,8} « ce sont les informations sur la fécondation... »
				A ₃ « ...pour moi, c'est l'instruction des adolescentes sur le suivi de la grossesse »
				P _{7,12} « ..., la transmission des informations sur l'évolution de la grossesse... »
				P _{2,3,5} « ..., il s'agit de fournir des détails sur le suivi d'une grossesse... »
				A _{3,6} « ..., à mon avis, c'est aussi dire comment assurer la surveillance d'une grossesse»
		Les signes et symptômes requérant des soins médicaux		P _{5,9,10} « ...c'est fournir des informations relatives aux symptômes nécessitant une prise en charge médicale... »
				P ₁₁ « ... c'est donner des renseignements sur les signes et les symptômes pouvant invoquer une prise en charge médicale... »
				A _{3,7} P _{8,13} « ..., c'est transmettre des informations sur les signes cliniques qui justifient une consultation médicale... »
Signification de la santé de la reproduction	Bien-être global lié à la reproduction	Vivre une sexualité épanouie		P _{1,3,4} «... il s'agit d'une vie sexuelle satisfaisante...»
				P _{2,10,12} «.... C'est vivre une sexualité épanouie et sans risque, tout en ayant un contrôle sur sa santé reproductive... »
		Promouvoir la santé sexuelle		A _{1,7} «..., c'est une promotion de la santé sexuelle... »
				P _{6,7,10} « ..., la santé de la reproduction implique les attitudes et les comportements qui favorisent une sexualité satisfaisante, respectueuse et joyeuse... »
		Prévenir les risques liés à la reproduction		A _{3,8} «..., c'est la prévention des risques liés à la reproduction... »
				A ₁ «..., éviter les dangers en lien avec la santé reproductive... »
				P _{2,6,8} «, c'est se prévenir de complications liées à la reproduction.... »
		Vivre une bonne santé physique et mentale		A _{1,4} P ₂ « ..., c'est une santé physique et mentale... »
				P ₁₂ , A ₅ « ..., c'est le bien-être physique et psychique... »
				P _{5, 6,9} « ... la santé de reproduction prend en compte tout ce qui concerne le physique, le mentale, et les émotions des individus en matière de sexualité et de

				<i>reproduction...»</i>
Signification de l'adolescente	Éducation à la sexualité et à la reproduction	Sensibilisation à la sexualité		P _{2,5,10} « ..., ça prend le sens de la sensibilisation à la sexualité et à la gestion de la reproduction... » A _{1,6} « ... Vraiment ! c'est l'éducation sexuelle... » P _{4,9} « ..., c'est la sensibilisation aux questions de la sexualité et de la reproduction... »
			Promouvoir des comportements responsables	P _{2,4,6} « c'est la promotion des comportements responsables et respectueux des individus sur la sexualité et la reproduction... » A _{3,8} « ..., l'encouragement des actions responsables... » P ₈ , « ..., c'est le soutien des comportements conscients et responsables... »
			Prise en charge de la fertilité	P _{4,7} « assurer les soins médicaux relatifs à la fertilité... » P _{5,10,11} « il s'agit de s'occuper des personnes ayant des difficultés à concevoir ou qui souhaitant préserver leur fertilité pour des raisons de santé ou autres... » A _{5,7} « ..., c'est préserver sa santé reproductive pour ne pas être victime de la stérilité un jour ... » P ₉ , « ..., pour moi, c'est l'atteinte d'une fécondité aisée... » P _{7,8} « ..., c'est le contrôle sur sa santé reproductive... »
	Enfant de sexe féminin	En période de développement physique		P _{2,3,4,6,11} « ... C'est quelqu'un en phase de croissance physique... » A _{1,3,7} « ..., C'est une personne qui grandit encore, qui est en développement, et n'a pas atteint la maturation corporelle... » P _{7,9,10,12,13} , A _{1, 6, 8} « ..., avec des transformations physiques visibles... » A ₂ « ..., j'observe moi-même des changements physiques importants... »
			En exploration de la sexualité	A ₄ , P ₃ , « ... C'est réellement une personne en phase de l'exploration de la sexualité, nous avons ici besoin des orientations sexuelles... » P ₈ , A ₂ « ... L'adolescente c'est quelqu'une qui commence à vivre des expériences sentimentales et physiques... » P ₁₃ « ..., c'est celle qui est dans l'apprentissage de la sexualité... » A _{5,7} « ... l'adolescente, c'est celle qui se plonge dans la découverte de la sexualité... »
			En conflits familiaux	P _{4,5,6,7} « ... c'est celle qui se rebelle presque à tout, par exemple aux règlements de sa famille, de son école, etc. tout ça pour chercher la liberté et l'autonomie... » A _{5,6} « ..., il s'agit d'une personne en véritables confrontations à des tensions avec ses parents ou sa famille en raison de son désir d'autonomie... » P ₁₃ « ..., avec un vrai comportement de contestation, à la recherche de l'indépendance... »

Vulnérable face aux pressions sociales	P_{7,9} «... les adolescentes sont celles qui vivent la vulnérabilité aux pressions extérieures concernant leurs images, relations et attitudes...» A_{4,8} «... ce sont des gens en besoin d'un soutien car coincées de fois par des pressions sociales... » P_{2,3,13} «..., c'est un être fragile avec des contrainte de se comporter d'une manière qui correspond aux attentes des autres et qu'il faut protéger ... »

Il ressort de ce tableau que les interventions éducatives sont perçues comme des moyens essentiels de prévention des IST, des grossesses non planifiées et de gestion de la santé reproductive, notamment en fournissant des informations sur les méthodes de contraception, la gestion des menstruations et le suivi de la grossesse. Elles permettent aux individus de prendre des décisions éclairées en matière de santé reproductive, en assurant une éducation complète sur la prévention des IST, des grossesses indésirables et la gestion des menstruations. Ces interventions visent également à promouvoir la santé sexuelle et la prévention des risques liés à la reproduction, tout en favorisant un bien-être global, tant physique que mental. L'éducation à la sexualité et à la reproduction est ainsi un outil central pour sensibiliser les adolescents à la gestion de leur santé, promouvoir des comportements responsables, et offrir une prise en charge de la fertilité. L'adolescente est perçue comme étant en pleine phase de développement physique, explorant sa sexualité, souvent en conflit avec ses repères familiaux, et vulnérable face aux pressions sociales. Les adolescents ont besoin d'une orientation et d'un soutien pour naviguer à travers ces défis, tout en étant protégés des contraintes extérieures et des pressions sociales.

3.2. *Analyse des adolescentes et de leurs proches familiales sur les interventions éducatives en santé reproductive des adolescentes*

L'analyse thématique de ce thème central a permis de dégager quatre sous-thèmes principaux. Le premier sous-thème concerne les interventions éducatives en santé reproductive des adolescentes, avec trois catégories, à savoir les interventions préventives des maladies infectieuses et transmissibles, la sensibilisation et la distribution des moyens de planification familiale, ainsi que l'éducation à la santé menstruelle. Le second sous-thème se penche sur les sources d'interventions éducatives en santé reproductive des adolescentes, qui sont divisées en sources formelles et informelles. Le troisième sous-thème explore la perception des adolescentes et de leurs proches familiaux sur les interventions éducatives en santé reproductive, en distinguant les effets des interventions sur les comportements et les obstacles culturels rencontrés. Enfin, le quatrième sous-thème aborde les attentes face aux interventions éducatives en santé reproductive, avec des catégories sur l'éducation et l'information, l'accessibilité aux services de santé reproductive, et l'adaptation des interventions éducatives aux besoins locaux. Le tableau suivant résume les catégories et sous-catégories développées dans le cadre de cette analyse.

Tableau 2. Interventions éducatives en santé reproductives des adolescentes

Sous-thème	Catégorie	Sous-catégorie	Verbatim

Interventions éducatives en santé de reproduction des adolescentes	Interventions préventives des maladies infectieuses et transmissibles	Distribution des préservatifs pour sa protection	P_{1,7}A₃ «... la distribution des préservatifs afin d'échapper aux IST... » A_{3,7} «... la mise à la disposition des adolescentes des préservatifs pour encourager une sexualité protégée et responsable... » A₁P₅ «... J'ai aussi vu des campagnes de sensibilisation à la télévision sur le préservatif et même à l'école où on en avait parlé comme mesure préventive des IST (le SIDA, la syphilis et autres), et on nous les avait fourni après la sensibilisation... »
		Promotion de l'abstinence sexuelle	A₆ «... prôner la décision de s'abstenir de sexe... » P_{6,8,10} «... encourager les adolescentes de ne pas avoir de rapports sexuels....» A_{2,4} «... recommandation vive à l'abstention de toute activité sexuelle.... »
	Sensibilisation et distribution des moyens de planification familiale	Méthode naturelle	P_{1,3,12} «... apprendre aux adolescentes à bien compter et maîtriser leur cycle menstruel pour éviter les grossesses précoces et indésirables... » P_{5,9} «... Expliquer comment comprendre et gérer son cycle menstruel parce que, quand on connaît bien compter son cycle menstruel, on a moins chance de tomber enceinte bien qu'il y a des cycles qui se perturbent, difficile donc à maîtriser... » A₅ «... persuader les adolescentes au recours de la méthode naturelle, que j'apprécie aussi étant donné qu'elle n'a pas des complications sur l'organisme, par exemple s'abstenir de la sexualité, savoir compter son cycle menstruel... »
		Méthodes artificielles	P_{8,13}A_{1,4,7} «... sensibiliser les adolescentes à faire recours à l'utilisation de préservatif pour se prévenir des grossesses non désirées et précoce parce que beaucoup de jeunes témoignent ne pas préférer son usage étant donné qu'il réduit le sentiment, selon eux... » A_{5,8} «... parler de l'utilisation de contraceptif d'urgence, où l'avoir...» P_{6,9,11} «... assurer une large sensibilisation sur les différentes méthodes artificielles de la planification familiale... » P_{1,7} «... éduquer les adolescentes sur les différentes méthodes artificielles de planning familial... » A_{5,7,8} «... persuader les adolescentes qu'elles doivent être soumises aussi sous ces méthodes artificielles pour de réduire les grossesses précoces qui deviennent charge pour leur famille entraînant dans la plus part de cas l'abandon scolaire... »

Education à la santé menstruelle	Choix de protection menstruelle	A₁,P_{2,12} «... entraîner aux adolescentes à faire un bon choix de protection menstruelle, par exemple, certaines utilisent des serviettes hygiéniques lavables car c'est plus facile et plus accessible ici. » A₄ « ..., éduquer les adolescentes qu'en cas des menstruations, la bonne protection s'impose ; comme dans mon cas, je préfère utiliser des serviettes hygiéniques jetables, même si ça n'est pas très pratique. Le problème, c'est qu'elles sont parfois chères... » A₅,P₅ «... démontrer divers choix de protection menstruelle, leurs avantages, cout... » P₉,A_{3,6} «...faciliter un bon choix de protection menstruelle aux adolescentes... »
	Pratiques d'hygiène et prévention des infections	P₃,A₁ «... promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène et prévention des infections... » P_{1,4,7,13},A_{2,4} «.... Faire la démonstration des bonnes pratiques d'hygiène en période des règles. Par exemple, parler des toilettes régulières (bain intime au moins deux fois /jour à l'eau propre, changement des serviettes hygiéniques toutes les 4 à 6heures, mettre des sous-vêtements à coton et les changer si souillés)... » P_{10,12},A₃ «..., apprendre aux adolescentes qu'avant chaque bain intime, il faut réaliser un lavage des mains, faire le bain au moins trois fois/jour. A chaque bain, changer les serviettes hygiéniques ou lignes et caleçons et les tremper dans l'eau savonneuse, qui seront ensuite lessivés et repassés avant la réutilisation... »
	Phases du cycle menstruel	P_{3,8},A₅ «... apprendre aux adolescentes les différentes périodes du cycle menstruel » A₁ «..., définir quand on peut concevoir et non... » A_{3,8} «...expliquer aux adolescentes les variations du cycle menstruel... » P_{4,13} «..., enseigner aux jeunes filles à identifier les différentes étapes du cycle menstruel.... »

Il ressort de ce tableau que les interventions éducatives en santé de la reproduction des adolescentes se concentrent sur la prévention des IST, la planification familiale, et l'éducation à la santé menstruelle. Elles incluent la distribution de préservatifs pour encourager une sexualité responsable et protégée, la promotion de l'abstinence sexuelle comme méthode préventive, et la sensibilisation aux moyens naturels et artificiels de planification familiale pour réduire les grossesses précoces, souvent causes d'abandon scolaire. L'éducation sur la santé menstruelle met l'accent sur le choix de protections adaptées (lavables ou jetables), les bonnes pratiques d'hygiène pour prévenir les infections (bains intimes réguliers, changement fréquent de protections, entretien des sous-vêtements) et la compréhension des phases du cycle menstruel pour mieux gérer leur santé. Ces approches combinées visent à responsabiliser les adolescentes et à leur fournir les outils nécessaires pour prendre soin de leur santé reproductive de manière éclairée et autonome.

Le tableau 3 présente les différentes sources d'interventions éducatives en santé reproductive des adolescentes, divisées en deux catégories principales. La première catégorie regroupe les sources

formelles d'interventions éducatives, comprenant six sous-catégories : l'école, les journées de sensibilisation et/ou les séances d'information, les ateliers éducatifs organisés par les ONG, les professionnels de santé, les programmes de santé par les églises, ainsi que la radio et la télévision. La seconde catégorie porte sur les sources informelles d'interventions éducatives, incluant la famille et les proches, la communauté locale, ainsi que les réseaux sociaux.

Tableau 3. Sources d'interventions éducatives en santé reproductive des adolescentes

Sous-thème	Catégorie	Sous-catégorie	Verbatim
Sources d'interventions éducatives	Sources formelles d'intervention	Ecole	A _{1,2,3,5,7} ,P _{1,6,7,8,10,11} « ...Ecole... »
		Journées de sensibilisation et/ou les séances d'information	P _{1,10,12,13} ,A _{2,4,5,6} , « ... Journée de sensibilisation sur la lutte contre le SIDA... »
		Atelier éducatif par les ONG	A _{3,5,6,8} ,P _{2,13} « ...Atelier éducatif animé par les ONG... »
		Professionnels de santé	P _{1,6,8,10,12} ,A _{2,5,8} « ... Professionnels de santé... » A ₁ ,P ₇ : « par un médecin à l'occasion de la consultation médicale... »
		Programme de santé par l'église	A _{2,3,4} ,P _{2,4} « ... Programme de santé par l'église : messe des jeunes... » A ₇ ,P _{7,13} « ... On apprend beaucoup de chose en santé de reproduction à l'église, dans la messe des jeunes... »
		Radio et télévision	P _{8,10,11} ,A _{4,6} « ... A la radio et à la télévision ... » P _{2,5} . « ... la radio... » A _{1,3} « ... Télévision... »
	Sources informelles d'interventions	Famille et proche	P _{1,2,5,8,9} ,A _{3,4,5,7} « ... En famille et par mes proches... » A _{1,8} « ... par les amies, nos aînées... » A _{2,6,8} « ... tante paternelle, sœur, cousine... »
		Communauté locale	A _{2,5} ,P ₂ « ... Dans les quartiers... » A _{1,3,6} « ... Dans des petits groupes de discussion informelle... »
		Réseaux sociaux	A _{4,7} « ... par les réseaux sociaux... » P ₁₃ « ... sur Facebook... »

Il ressort du tableau ci-dessous que les sources d'interventions éducatives en santé de la reproduction des adolescentes se répartissent entre des sources formelles et informelles. Parmi les sources formelles figurent l'école, les journées de sensibilisation ou séances d'information, les ateliers éducatifs animés par des ONG, les consultations et conseils des professionnels de santé, ainsi que les programmes de

santé organisés par l'église, notamment lors des messes des jeunes. Les médias tels que la radio et la télévision jouent également un rôle important dans la diffusion de ces informations. Du côté des sources informelles, la famille, les proches (comme les amis, les aînées, ou encore les membres de la famille élargie comme les tantes et sœurs), la communauté locale à travers des discussions informelles dans les quartiers, et les réseaux sociaux, notamment Facebook, constituent des canaux importants pour transmettre des connaissances sur la santé reproductive des adolescentes.

Le tableau 4 présente la perception des adolescentes et de leurs proches familiales sur les interventions éducatives en santé reproductive des adolescentes. Ce quatrième encadré met en évidence deux catégories principales. La première catégorie explore les effets des interventions éducatives sur les comportements et la culture des adolescentes, comprenant six sous-catégories : la modification de comportement, des habitudes de santé et la pratique de prévention, la réduction des tabous et l'amélioration des relations familiales, l'insoumission des adolescentes à leurs parents, le démarrage précoce de la sexualité, le risque de stérilité et la menace pour les valeurs traditionnelles. La deuxième catégorie porte sur les obstacles aux valeurs culturelles, avec huit sous-catégories : les tabous et la stigmatisation, les normes sociales et attentes communautaires, l'influence familiale, l'influence religieuse et morale, le manque d'éducation sexuelle appropriée, l'accès limité aux sources fiables d'information, l'absence de services de santé de reproduction adaptés aux adolescentes, et le manque de confiance aux éducateurs ainsi que la peur du jugement.

Tableau 4. Perception des adolescentes et leurs proches familiales sur les interventions éducatives en santé reproductive des adolescentes

Sous-thème	Catégorie	Sous-catégorie	Verbatim
Perception des adolescentes et leurs proches familiales sur les interventions éducatives en santé reproductive des adolescentes	Effets des interventions éducatives sur le comportement et la culture des adolescentes	Modification de comportement, des habitudes de santé et pratique de prévention	A₄ «... il s'observe un changement positif dans les comportements des adolescentes. Par exemple les filles sont propres en cas des menstruations, et nombreuses n'en sont plus surprises (ne tachent plus les habits)... » P_{10,12} «... Moi-même, c'est grâce à ces interventions que je sais comment me comporter en période de menstruation ... » P_{7,9} «... comportement digne de la part des adolescentes... » A_{1,8} «..., la confiance interpersonnelle et le respect mutuel....» A_{3,5} «... Ces interventions nous aident à nous sentir responsables, quelqu'un ne peut plus influencer ma décision... » P₃ «... Ces interventions permettent de réduire les comportements à risques pouvant gâcher la vie (par exemple des vagabondages sexuels avec risques des grossesses indésirables, des IST, d'être refusé en famille, etc.).... » P₅ «... Les adolescentes maîtrisent déjà l'hygiène menstruelle et savent contrôler leur cycle menstruel dans le sens qu'elles connaissent quand surviendront les menstruations, d'autres n'acceptent plus des relations sexuelles sans prudence. ...»

	P_{2,4,5,7} « ..., il s'observe des changements dans les habitudes de santé et pratiques de prévention ... » P_{1,3,8} « ... Dans la communauté les gens consultent les structures de santé pour problèmes des infections sexuellement transmissibles, s'approprient des préservatifs dans des officines ou dans les structures sanitaires, chose qui ne se faisait pas car on s'imaginait que cela pouvait faire sujet de honte et croire que le débat pourrait s'en suivre, et tout ça pour éviter les grossesses indésirables, et les IST... » P₂ « ..., Quand ces interventions seront intensifiées, on observera la réduction des grossesses indésirables et précoces, voir des avortements clandestins, donc il y aura une amélioration de la santé dans la communauté. Ceci affectera positivement le taux de scolarisation des adolescentes... » P_{10,12} « ... les adolescentes s'achètent des préservatifs, chose qui était très rare autre fois... » A_{3,5} « ..., réduire les infections sexuellement transmissibles, amélioration de la conduite des jeunes, réduction des grossesses indésirables, aussi quand il y a des petits soucis en matière de santé de reproduction, certaines demandent conseil, donc pas vraiment de honte pour parler de ces affaires... »
Restriction du tabou et amélioration des relations familiales	A_{1,4,7} « ..., restriction du tabou... » P_{5,7,10,11} « ..., réduction de l'inconfort face aux interventions éducatives... » P₁ « ..., on constate un dialogue ouvert sur la santé sexuelle et reproductive au sein de certaines familles ayant compris la nécessité des interventions... » P_{4,6,8,9} « ...la réduction des tabous et l'amélioration des relations familiales... » P₅ « ... Certaines familles commencent à parler de la santé de reproduction à leurs enfants... »
Démarrage précoce de la sexualité	P_{1,2,12,13} « ...démarrage précoce de la sexualité... » P₉ « ... On peut constater un début précoce des relations sexuelles... » P_{8,12} « ...On encourage la sexualité précoce... » A₂ « ..., certaines, une fois découvrir quelque chose, une réalité qui leur était peut être cachée, avec l'expérimentation que caractérise cet âge, elles vont commencer précocement les rapports sexuels... »
Insoumission des adolescentes à leurs parents	P_{2,4,12} « ...Insoumission des adolescentes à l'égard de leurs parents... » A_{1,3,5} « ... certaines filles avec toutes les notions acquises, elles changent négativement, de fois on observe l'insoumission grave à l'égard de leurs parents, une résistance, une impolitesse... » A₆ « ... certaines, une fois découvrir les hommes par expérimentation devienne, deviennent insupportables... »

	Risque de la stérilité	P_{5,6,8} « ..., le risque de la stérilité s'accroît... » A₂ « ..., avec la sexualité précoce, on est exposée à la stérilité... »
	Menace pour les valeurs traditionnelles	P_{7,9} « ..., une menace pour les valeurs traditionnelles... » P_{2,3,5}A_{5,8} « ..., atteinte aux fondements culturels entraînant la résistance sociale et familiale, la marginalisation et exclusion des adolescentes ayant suivi les interventions éducatives par la communauté et leurs pairs.... »
Obstacles aux valeurs culturelles	Tabous et stigmatisation	P_{2,7,8,9} « les interventions éducatives en santé de reproduction sont considérées comme tabou... » A_{3,6} « ... C'est vraiment honteux, stigmatisant de parler des interventions éducatives en santé de reproduction. C'est une antivaleur. Ceci empêche les adolescentes d'accéder aux vraies informations et elles vivent une aveuglette comme pas possible... » P₁₁ « ... Parler des affaires sexuelles ou de santé de reproduction aux adolescentes reste vraiment un tabou, ça fait honte, et même gênant... » A_{5,7} « ... Parler de la sexualité me met mal à l'aise. Je pense que ça pourrait être plus facile si les gens arrêtaient de juger ou de stigmatiser ceux qui posent des questions... » P₉ « certaines de ces interventions éducatives sont perçues comme immorales ou inappropriées... »
	Normes sociales et attentes communautaires	A_{4,8},P_{6,8,12} « ... les normes sociales et les attentes communautaires rendent difficile l'acceptation des interventions éducatives en santé de reproduction. C'est par exemple, il n'y a que les couples qui peuvent utiliser les contraceptives, les célibataires sont exclues du chapitre... » P_{10,13},A₁ « ... Il y a des normes sociales qui sont en conflits avec certaines interventions éducatives en santé de reproduction. C'est comme en disant qu'il n'y a que vierges qui conviennent pour le mariage, ça affecte l'effectivité des quelques interventions éducatives... » P₄, « ... Les normes sociales de chez-nous n'admettent pas que les célibataires utilisent la contraception, ceci s'oppose à certaines interventions en santé de reproduction qui le permettent... »

Influence familiale	P_{3,6} «... la famille a une grande influence dans les interventions éducatives en santé de reproduction. La plus part n'autorise pas des débats quant à ce, on trouve que c'est l'utopie... » A_{4,7} «... C'est difficile de parler de la contraception avec ma famille, surtout ma mère. Elle trouve que c'est un sujet trop intime et préfère ne pas en discuter... » P_{1,4,7,13} «... Plusieurs familles n'autorisent pas leurs adolescentes à participer à certaines interventions éducatives de peur de les détruire... » A₁ «... Mon père ne veut pas qu'on parle de ce genre de sujet à la maison, il dit que c'est mieux d'attendre d'être plus grand... » A₅ «... Ma mère me dit souvent que je ne devrais pas parler de ces choses-là à mon âge... »
Influence religieuse et morale	P_{1,5,8,11},A_{3,5} «... Il s'observe des limites en éducation en santé reproductive par les croyances religieuses ou morales... » P_{3,6,12,13} «..., les convictions religieuses ou morales peuvent entrer en conflit avec certaines interventions éducatives en santé reproductive. Par exemple, certaines croyances religieuses rejettent l'usage de contraceptifs ou l'avortement, ce qui peut restreindre l'enseignement et l'accès à l'information sur ces sujets... » A_{3,4,6,8} « ... Dans notre église, on nous apprend qu'il faut s'abstenir des relations sexuelles jusqu'au mariage et on réserve un grand cadeau aux mariées vierges. Ceci fait que tout programme à la contre de ces normes, n'est pas le bienvenu... »
Manque d'éducation sexuelle appropriée	P_{1,3,4,5} «... un manque d'éducation sexuelle appropriée... » P_{10,13} «... Le mangement d'information de qualité en matière de santé de reproduction est un réel problème pour les adolescentes... » A_{2,6} «..., on constate beaucoup d'imperfection et des inadéquations en éducation sexuelle justifiant la sous information des éducateurs.... » P₈ «..., il est vrai ! plusieurs vérités sont cachées aux adolescentes... » A_{1,8} «... De foi, les éducateurs ne sont pas clairs dans l'enseignement, avec trop de caches... »
Accès limité aux sources fiables d'information	A_{2,4} « ..., accès limité aux sources fiables d'information... » P_{4,6,7,9} «... les sources crédibles des informations en santé de reproduction semblent rares, comme les éducateurs formés, les documents, etc.... » P_{5,8,12} «... ceux qui peuvent parler correctement de la santé de reproduction ne sont pas facilement trouvables. On en parle occasionnellement, alors que le souhait est d'avoir des encadreurs qualifiés disponibles pour répondre à toutes questions et préoccupations. .. »

Absence du service de santé de reproduction adapté aux adolescentes	P₂ « ..., <i>inexistence d'un service de santé de reproduction adapté aux adolescentes...</i> » A_{1,2,3} « ... <i>il y a besoin d'un service de santé de reproduction réservé aux adolescentes avec des personnels qualifiés...</i> » P₁₂ « ... <i>Il est important d'installer un bureau de consultation pour les adolescentes où elles peuvent se sentir à l'aise et recourir tout le temps....</i> » A_{4,8} « ...<i>Notre prière est que nous ayons des bureaux fonctionnels avec des agents doués en matière qui peuvent nous fournir les enseignements de manière régulière...</i> » P_{3,11} « ... <i>Venez installer un bureau d'écoute ici localement pour permettre à nos adolescentes d'avoir des informations à tout moment ...</i> » P_{6,8} « ... <i>Créer un centre propre pour traiter de la santé de reproduction...</i> »
Manque de confiance aux éducateurs et la peur du jugement	A_{3,5} « ... <i>nous n'avons pas de foi confiance à nos éducateurs à cause de la non maîtrise de la matière, ils cachent les mots qu'ils considèrent sensibles à notre désavantage..</i> » P_{1,4} « ..., <i>manque de confiance aux éducateurs...</i> » A_{2,4,6} « ..., <i>de toutes les façons, les adolescentes veulent parler de la sexualité de manière secrète avec des gens discret aussi...</i> » P₅ « ... <i>Les adolescentes préfèrent s'abstenir à répondre à certaines questions qu'elles supposent sensibles de peur d'être jugé...</i> »

Il ressort du tableau 4 que Les interventions éducatives en santé reproductive des adolescentes ont des effets positifs sur leurs comportements et habitudes de santé, notamment l'amélioration de l'hygiène menstruelle, la prévention des risques liés aux infections sexuellement transmissibles (IST) et aux grossesses précoces, ainsi que la responsabilisation et la réduction des comportements à risque. Cependant, elles se heurtent à des obstacles socioculturels et familiaux, tels que les tabous, les normes sociales restrictives, l'influence religieuse, et le manque d'éducation sexuelle appropriée ou de services adaptés aux adolescentes. Certaines familles et communautés perçoivent ces interventions comme une menace pour les valeurs traditionnelles, conduisant à une stigmatisation et une marginalisation des adolescentes impliquées. Par ailleurs, l'accès limité à des sources fiables d'information et l'absence de structures spécifiques pour les adolescentes freinent leur efficacité. Les éducateurs sont parfois jugés peu compétents ou manquant de transparence, ce qui génère une méfiance et une peur du jugement chez les adolescentes. Malgré ces défis, un dialogue ouvert au sein des familles et une intensification des interventions pourraient améliorer les connaissances et la santé des adolescentes tout en réduisant les impacts négatifs sur leur scolarisation et leur avenir.

Le tableau 5 présente les attentes des adolescentes et de leurs proches familiales face aux interventions éducatives en santé reproductive. Ce cinquième encadré révèle trois catégories principales. La première catégorie, portant sur l'éducation et l'information en santé reproductive, comprend quatre sous-catégories : l'accès aux informations claires et fiables, l'adaptation aux spécificités culturelles et sociales, la formation d'éducateurs compétents et emphatiques, et la réduction de la stigmatisation et des tabous. La deuxième catégorie se concentre sur l'accessibilité aux services de santé reproductive, avec quatre sous-catégories : l'installation des services de santé adaptés aux adolescentes, le personnel

de santé qualifié, la prévention des grossesses non désirées et des MST, ainsi que la confidentialité des soins et le respect de la vie privée. Enfin, la troisième catégorie, l'adaptation des interventions éducatives aux besoins locaux, comprend huit sous-catégories : l'évaluation des connaissances et compétences de base, la prise en compte des priorités locales, l'intégration des connaissances et traditions locales, les méthodes d'enseignement appropriées, la mobilisation des parents et familles, l'implication des jeunes, l'implication des leaders communautaires et religieux, ainsi que l'implication des radios et réseaux sociaux.

Tableau 5. Attentes des adolescentes et leurs proches familiales face aux interventions éducatives en santé reproductive

Sous-thème	Catégorie	Sous-catégorie	Verbatim
Attentes face aux interventions éducatives en santé reproductive	Éducation et information en santé reproductive	Accès aux informations claires et fiables	P_{6,7,10} «... <i>Disposer d'un accès direct à des informations précises et vérifiées...</i>» P_{9,A2,5,7} «... <i>Avoir un accès libre aux informations claires et fiables reste un besoin ...</i>» P₁₃ «... <i>, en causant avec les adolescentes, elles aiment voire l'éducateur parler les choses clairement, avec véracité, sans rien cacher...</i> » P_{3,5} «... <i>, l'installation locale d'un cabinet d'écoute avec un personnel formé permettra à nos adolescentes d'avoir des informations claires et précises à tout moment ...</i> » P_{3,7} «... <i>, la prise en compte des spécificités culturelles et sociales lors de l'enseignement...</i> »
		Adaptation aux spécificités culturelles et sociales	A₅ «... <i>, adapter les contenus afin qu'ils soient pertinents et sensibles aux diverses croyances et valeurs sociales...</i> » P_{2,9,12} «... <i>, concevoir le programme de manière à respecter les différences tout en répondant aux besoins spécifiques de chaque groupe...</i> » P₁₃ «... <i>, fournir des informations adaptées à partir d'un programme conçu en respectant les différences culturelles, religieuses et sociales...</i> »
		Formation d'éducateurs compétents et empathiques	A_{1,4} «... <i>Les éducateurs doivent être aussi formés pour qu'ils deviennent compétents et empathiques...</i> » P_{7,9} «... <i>la préparation des éducateurs afin de développer des aptitudes techniques ainsi que la capacité à comprendre et à soutenir les adolescentes...</i> » P₁₁ «... <i>ah ! avoir des éducateurs compétents qui, au-delà de leur savoir-faire, comprennent les besoins émotionnels et sociaux des adolescentes...</i> » A_{7,P2,5} «... <i>Renforcer la capacité des enseignants et des parents qui de foi limités dans l'éducation en matière de santé reproductive....</i> »

Accessibilité aux services de santé reproductive	Réduction de la stigmatisation et des tabous	A_{2,4,5,6} «... Il est important de briser les barrières de la stigmatisation et de lever les tabous afin de favoriser un environnement plus inclusif... » T_{4,6,8} «... Il est vrai qu'en abordant de manière ouverte des sujets sensibles qu'on évite souvent, on parvient à démystifier les tabous et à réduire les préjugés... » P₁ «..., réduire les jugements... » P₂ «..., il faut installer un cabinet de consultation pour les adolescentes où elles peuvent recourir tout le temps... » P_{6, 8, 10} «... Créer un centre propre pour traiter de la santé de reproduction... » A_{4,7} «..., notre prière est que nous ayons des bureaux fonctionnels avec des agents doués en matière qui peuvent nous fournir les enseignements de manière régulière... »
	Installation des services de santé adaptés aux adolescentes dans notre milieu	
	Personnel de santé qualifié	A_{2,5} «... Il est essentiel d'avoir des professionnels de la santé hautement formés pour garantir des soins de qualité aux adolescentes... » P₁ «... Oui, la prise en charge efficace dépend de la qualité du personnel de santé... » P_{6,7,12} «... La qualification du personnel médical joue un rôle clé dans la réussite des traitements et la sécurité des soins... » A₆ «... les soins de qualité dépendent aussi de la qualité du personnel... »
	Prévention des grossesses non désirées et des MST	A_{1,P5} «..., mettre en place des stratégies pour éviter les grossesses non planifiées et la propagation des maladies sexuellement transmissibles... » P_{2,7,9,A3} « ..., réduction les grossesses indésirables et les infections sexuellement transmissibles... » A₇ « ... Prévenir les grossesses indésirables... » P_{11,13} «... Il est bon de prévenir que guérir ...»
	Confidentialité des soins et respect de la vie privée	A_{2,P5} «..., Garantir la discrétion des informations médicales et protéger la vie privée des adolescentes.... » P₁₁ «..., les adolescentes ont besoin de se sentir en sécurité pour demander des informations et des soins sans crainte de stigmatisation... » P₉ «... Toute personne a besoin d'obtenir des soins confidentiels...» A₄ «... la confidentialité des soins maintien la confiance... » A_{8, P10} «... les éducateurs doivent tout faire pour respecter les adolescentes et de bien garder le secret pour que ces dernières se sentent entre les bonnes mains... » A_{1,6} «... Les adolescentes ne veulent pas qu'on parle de leur cas typiques... » A₅ «... dans un environnement de confiance, les adolescentes peuvent poser des questions sur leur santé reproductive sans jugement... »

Adaptation des interventions éducatives aux besoins locaux	Évaluation des connaissances et compétences de base	P_{3,9} «... <i>L'évaluation des compétences de base vous assure que les individus possèdent les connaissances essentielles...</i> » P₈ «... <i>très nécessaire l'évaluation des connaissances pour identifier les points forts et les domaines à améliorer...</i> » A_{6,P4} «... <i>La vérification des acquis de base pour l'adaptation dans la préparation des interventions éducatives ...</i>» A_{2,6} «... <i>la considération des priorités locales permet d'assurer une réponse plus pertinente aux défis rencontrés sur terrain...</i> »
	Prise en compte des priorités locales	P_{1,5,7}, «... <i>Les actions à mener doivent tenir compte des préoccupations et des particularités des populations locales...</i> » A_{7,9} «... <i>Les interventions éducatives doivent être adaptées aux priorités et réalités de chaque milieu...</i> »
	Intégration des connaissances et traditions locales	P₁₀ «... <i>L'intégration des connaissances locales va faire que la population concernée s'approprie le projet...</i>» A_{8, P1} «... <i>avoir des solutions plus durables étant en harmonie avec les coutumes demande qu'on intègre des traditions et savoirs locaux dans les actions....</i> » P_{4,5} «... <i>Intégrer les connaissances et traditions locales favoriserait l'acceptation du projet par la population locale...</i> »
	Méthodes d'enseignement appropriées	A_{1,3,5} «... <i>L'approche pédagogique adaptée aux besoins et aux capacités des adolescentes facilitera la compréhension. Par exemple, ne jamais manquer les matériels en éduquant les adolescentes, associez toujours avec des vidéos, leur demander aussi d'interagir...</i>» A_{6,P4,7} «... <i>les stratégies d'enseignement appropriées assurent un enseignement plus interactif et une meilleure compréhension des contenus...</i> » P_{3,5} «... <i>adopter une méthode d'enseignement facilitant la compréhension facile est l'idéale...</i> » P₁₃ «... <i>C'est trop intéressant de suivre les enseignements par un enseignant qui maîtrise sa méthodologie. La possession des matériels, et la démonstration de leur usage ; le partage d'expérience facilitent la compréhension...</i> »
	Mobilisation des parents et familles	P_{9,A 3,5} «... <i>la mobilisation des parents et autres membres de famille joue grand rôle dans l'acceptation du projet. Initier les parents à se soucier de la santé sexuelle de leurs enfants...</i> » P₁₃ «... <i>le fait d'associer les parents au programme a fait que plusieurs libèrent leurs enfants à la participation...</i> » P_{7,10} «... <i>les familles qui avaient été incluses dans les interventions éducatives ont montré un soutien accru envers leurs adolescentes et une meilleure compréhension des thèmes abordés...</i> »

Implication des jeunes	P_{9,A1,3} « l'implication des jeunes est très importante, entre les amies, les adolescentes sont vraiment ouvertes en matière de la sexualité... » A_{4,7,8} « ... J'avais trouvé que les adolescentes s'expriment mieux quand elles sont en face d'un animateur pas trop âgé qu'elles, et entre elles s'ouvrent ; elles ne se cachent rien... »
Implication des leaders communautaires et religieux	P_{10,12} « ... soignants, les églises, les écoles, les associations des jeunes et les familles devront s'unir et s'impliquer dans l'éducation en matière de la santé de reproduction des adolescentes pour leur garantir un âge adulte meilleur... » P_{1,A1,5,7} « ... les leaders communautaires et religieux doivent être impliqués... »
Implication des radios et réseaux sociaux	A_{2,3,4,6} « ... Créer les émissions médiatiques qui permettront à beaucoup de personnes, même nos parents à saisir l'existence et l'application de ce programme... » A_{7,P3,5,7,9} « ... Ces interventions sont occasionnelles et rares, d'où l'importance d'impliquer des médiats, des réseaux sociaux... »

De ce tableau, on peut noter que les attentes exprimées concernant les interventions éducatives en santé reproductive des adolescentes se concentrent sur plusieurs aspects clés. Tout d'abord, l'accès à des informations claires, fiables et adaptées au contexte local est primordial, avec la nécessité de cabinets d'écoute et de centres spécifiques dotés de personnels compétents et empathiques. L'adaptation des contenus éducatifs aux spécificités culturelles, sociales et religieuses est aussi soulignée, pour favoriser l'acceptation et l'appropriation des programmes. La formation des éducateurs doit inclure le développement de compétences techniques et d'une sensibilité émotionnelle aux besoins des adolescentes, tout en luttant contre la stigmatisation et les tabous. Par ailleurs, les interventions doivent garantir la confidentialité et le respect de la vie privée, afin de renforcer la confiance des adolescentes. En termes d'infrastructures, l'installation de services de santé reproductive adaptés et le recours à un personnel médical qualifié sont perçus comme essentiels pour la prévention des grossesses non désirées et des IST. Une attention particulière doit être accordée à l'adaptation des méthodes pédagogiques, à l'évaluation des besoins locaux, à l'intégration des connaissances et traditions locales, et à la mobilisation des familles, des leaders communautaires, des jeunes et des médias pour une meilleure portée et acceptation des initiatives.

4. Discussion

Les interventions éducatives en santé reproductive sont perçues comme essentielles pour la prévention des IST, des grossesses non planifiées et la gestion de la santé reproductive, en fournissant des informations sur la contraception, la gestion des menstruations et le suivi de la grossesse. Essodinamodom et Pikiliwé (s.d.) soulignent que la prévention des IST est une priorité, notamment pour les jeunes filles souvent mal informées et stigmatisées. Mwaka (2024) constate qu'en République Démocratique du Congo, les adolescentes débutent leurs relations sexuelles de plus en plus tôt, avec peu d'utilisation régulière du préservatif. Ehouma et al. (2022) ajoutent que ces interventions visent à améliorer les connaissances des adolescents sur les violences sexuelles et les grossesses précoces. Cependant, Rodrigues et Carneiro (2022) et Ehouma et al. (2022) notent que le manque d'informations

et d'accès à la contraception contribue aux grossesses non désirées. Sekpon et al. (s.d.-b) soulignent que l'éducation familiale se concentre souvent sur l'hygiène menstruelle, tandis qu'Alhelou et al. (2022) insistent sur l'importance de l'accès à des informations précises et non stigmatisantes.

Ces interventions permettent aux adolescentes de prendre des décisions éclairées en matière de santé reproductive, en assurant une éducation complète sur la prévention des IST et des grossesses indésirables. Marí-Ytarte et al. (2020) affirment que l'éducation sexuelle est essentielle pour le bien-être des adolescentes et leur droit à des choix informés. Marseille (2021) insiste sur le droit de prendre des décisions libres et responsables concernant leur sexualité.

Enfin, ces interventions visent à promouvoir un bien-être global, physique et mental. Revegue et al. (2022) définissent la santé sexuelle et reproductive comme un bien-être physique, mental et social. Ivasilevitch et Charlier (2020) précisent qu'une sexualité sans risque passe par une bonne connaissance pour prévenir la transmission de virus. Alameddine, R. (2024)) ajoutent que la santé sexuelle favorise une vie épanouie, et Dinh et Martin (2024) insistent sur l'importance d'une approche globale pour mieux gérer la santé sexuelle.

L'éducation à la sexualité et à la reproduction est un outil essentiel pour sensibiliser les adolescents à la gestion de leur santé, promouvoir des comportements responsables et offrir une prise en charge de la fertilité. Kyungu et al. (2021) soulignent que l'éducation sexuelle aide à prévenir les MST et les grossesses non désirées, tandis que Chandra-Mouli (s.d.) insiste sur l'importance des actions communautaires pour promouvoir la sexualité, la santé et les services contraceptifs. La prise en charge de la fertilité nécessite un accès aux services de santé pour une meilleure compréhension et gestion, ainsi qu'une prise en charge des difficultés de conception.

L'éducation aborde également la conception et le suivi de la grossesse. Comprendre ce processus est crucial pour prendre des décisions éclairées sur la sexualité et la fertilité. Le suivi médical de la grossesse est essentiel pour la santé de la mère et de l'enfant. Sa et al. (2021) soulignent que les adolescentes, souvent moins suivies que les adultes, courent davantage de risques lors de l'accouchement. Des consultations prénatales de qualité sont nécessaires pour réduire les risques obstétricaux et néonataux.

L'adolescence est une phase de développement physique intense, où les jeunes explorent leur sexualité et sont confrontés à des pressions sociales et familiales. Selon Diallo et al. (2020), cette période, marquée par des transformations physiques et psychologiques, influence le comportement sexuel. Revegue et al. (2022a) affirment également que l'adolescence est une période de transition, influencée par des facteurs individuels, sociaux et familiaux. Cette phase est souvent marquée par des doutes et des conflits liés à la découverte et à l'expérimentation (Martins et al., s.d.), ce qui peut mener à des grossesses adolescentes (Landry, 2022). Audebrand (2023) démontre que les jeunes filles se révoltent dès leur adolescence, entre 12 et 15 ans, et sont parfois exclues et réintégrées au sein de la famille. Mendonca et Jabbir (2022) ajoutent que l'adolescence est une période de vulnérabilité particulière, comme le souligne Charbit et al. (2020), qui relèvent que cette vulnérabilité se manifeste dans des situations telles que la violence de genre, le mariage précoce, les IST/VIH/Sida, les grossesses précoces et d'autres comportements à risque.

Les interventions éducatives en santé reproductive incluent la prévention des maladies infectieuses, la distribution de moyens de contraception, et l'éducation à la santé menstruelle. Ces aspects sont soutenus par plusieurs auteurs. Revegue et al. (2022) soulignent que les services à Abidjan se concentrent sur la distribution de préservatifs pour la prévention des MST et des grossesses non désirées. Cependant, Ayen et Brouwere (2022) notent que l'utilisation du préservatif dépend de

facteurs comme la perception des risques de VIH et les obstacles à son utilisation, tels que l'ignorance. En pratique, les stratégies incluent l'abstinence, la fidélité, et l'usage systématique du préservatif (Ayen et Brouwere, 2022). Mpunga et al. (2021) rapportent que les filles privilégient les méthodes naturelles, craignant les effets secondaires des contraceptifs, tandis que Thomé (2022) note que certaines femmes choisissent l'observation du cycle, influencées par des croyances religieuses. Diangumba (2020) affirme que toutes les méthodes contraceptives prévenant la grossesse influencent le cycle menstruel ou empêchent la fécondation. Toutefois, le faible taux de contraception chez les adolescentes les expose à un risque élevé de grossesse précoce (Ehouma et al., 2022). Revegue et al. (2022) constatent que la contraception hormonale est rarement proposée, et Laborde-Balen et al. (2023) soulignent que les soignants sont souvent réticents à aborder la sexualité avec les adolescentes. Samaké (2023) rapporte que seulement 66,5 % des jeunes utilisent des préservatifs, et 15,3 % optent pour la pilule du lendemain. Ayen et Brouwere (2022) indiquent qu'une faible utilisation des méthodes contraceptives modernes contribue à un taux de fécondité élevé (109 naissances pour 1 000 femmes).

L'éducation à la santé menstruelle, incluant le choix des protections, influence le confort et l'hygiène des adolescentes. Muyisa et al. (2022) révèlent que 62,05 % des adolescentes utilisent des serviettes hygiéniques jetables, et 34,66 % des tissus réutilisables. Le choix est souvent influencé par le coût et la disponibilité des produits. Nacer et al. (2023) soulignent que l'usage des serviettes hygiéniques est également influencé par les médias, le niveau d'éducation des parents et la résidence urbaine. En matière d'hygiène menstruelle, il est crucial de sensibiliser à son importance pour prévenir les infections. Muyisa et al. (2022) rapportent que 99,1 % des filles lavent leurs sous-vêtements, mais les pratiques varient pour le séchage et l'élimination des protections. Une bonne gestion de l'hygiène menstruelle et une compréhension du cycle menstruel aident les adolescentes à mieux gérer leur santé reproductive et à prévenir les grossesses non désirées. Connaître son cycle permet aussi de repérer des anomalies nécessitant une consultation médicale.

Les interventions en santé reproductive proviennent de sources formelles (écoles, sensibilisation, ONG, professionnels de santé, églises, médias) et informelles (famille, proches, communauté, réseaux sociaux). Mpunga et al. (2021) soulignent que les écoles sont une source sous-utilisée d'information, mais que les interventions impliquant parents, enseignants et élèves dès l'adolescence peuvent avoir des effets durables, notamment en réduisant les comportements violents et les relations sexuelles précoces. Fleury (s.d.-a) note que les ONG ont été des pionnières dans ce domaine, restant des acteurs innovants et engagés. Cecilia et al. (2023) considèrent les soignants comme des sources de confiance pour aider les adolescents à prendre des décisions éclairées. Longeaux (2023) propose une section du Catéchisme de l'Église catholique sur les violences sexuelles, et Bien-aimée (2023) indique que 60 % des répondants ont été informés via les médias.

Concernant les sources informelles, Mpunga et al. (2021) montrent que les adolescents privilégient les pairs, les frères et sœurs, et Internet, tandis que les mères, particulièrement pour les filles, jouent un rôle clé, contrairement aux pères. Silva et al. (2022) confirment que les pairs et parents sont des sources d'information majeures. Cependant, Toudeka et al. (2022) notent que le tabou sur la sexualité empêche souvent les parents d'aborder ce sujet avec leurs adolescentes. Longeaux (2023) indique que les réseaux sociaux et la télévision restent des sources principales d'information sur la santé sexuelle, bien que non préférées. Philippe Boukobza (2024) confirme l'accès généralisé à l'information via Internet et les réseaux sociaux.

L'analyse des perceptions des adolescentes et de leurs proches à Oicha révèle des défis, notamment l'impact des interventions sur les comportements et la culture des adolescentes, et leur potentiel conflit avec les valeurs culturelles. Les parents, influencés par des normes conservatrices, hésitent à aborder ces sujets, craignant d'encourager des comportements jugés inappropriés (Essodinamodom et Pikiliwé,

s.d.; Sekpon et al., s.d.; Lachapelle, s.d.; Mwaka, 2024). Toutefois, certains reconnaissent l'importance de l'information pour soutenir leurs filles (Askari et al., 2020; Beaudin, 2020). Selon Ramírez-Villalobos et al. (2021) et Osadolor et al. (2022), l'éducation sexuelle a un impact positif sur les comportements des adolescents, ce qui est confirmé par les parents (Ehouma et al., 2022). Elle aide à prévenir la violence, réduit les violences de genre et renforce la confiance en soi (Lachapelle, s.d.). Nouhoun et Imorou (s.d.) constatent que l'éducation sexuelle aide les jeunes filles à éviter les mariages précoces et les viols. Les animatrices d'éducation sexuelle insistent sur son rôle dans la prévention des IST, des grossesses précoces et des MGF. Mwaka (2024) rapporte que certains estiment que l'accès à l'éducation sexuelle pourrait inciter à la débauche, mais Chandra-Mouli (s.d.) montre que l'Éducation Sexuelle Complète (ESC) ne conduit ni à plus d'activité sexuelle ni à des comportements à risque. D'autres études confirment que cette éducation retarde la première relation sexuelle (Yammine, 2020).

Les principales attentes concernent une meilleure éducation et information en santé reproductive, l'accessibilité aux services de santé et l'adaptation des interventions aux besoins locaux. Bien que les adolescentes souhaitent acquérir des connaissances sur la santé reproductive (Vodiena et al., 2012), elles se heurtent souvent à un manque d'informations adéquates (Meite et Sylla, 2022; Revegue et al., 2022; AKA Yah Jostiline épse Somian et al., 2021), en raison de la stigmatisation (Charbit et al., 2020; Sekpon et al., s.d.; Tiwari et al., s.d.) et des tabous culturels (Silva et al., 2022; Lam et al., 2022). L'accès limité aux services de santé et la pression des pairs entravent également l'éducation à la santé reproductive (Astle et Brasileiro, 2024; Granger, 2022; Revegue et al., 2022; Ehouma et al., 2022; Ahlou, 2021). Pour améliorer l'efficacité de ces interventions, il est essentiel d'impliquer davantage les familles (Ehouma et al., 2022; Silva et al., 2022), d'adapter les contenus éducatifs aux réalités culturelles locales (Chandra-Mouli, s.d.; Mwaka, 2024), de renforcer l'accès aux services de santé reproductive (Ahlou, 2021; Ehouma et al., 2022) et de diversifier les canaux de communication (Beaudin, 2020; Ehouma et al., 2022). Cela permettrait de créer un environnement favorable à l'éducation et à une prise de décision éclairée des adolescentes (Chandra-Mouli, s.d.; Philippe Martin, 2018; Sekpon et al., s.d.; Bien-aimée, 2023). Rodrigues et Carneiro (2022) et Ehouma et al. (2022) soulignent que le manque d'informations et d'accès aux contraceptifs contribue aux grossesses non désirées. Patino-Lakatos et Tenorio (2023) ajoutent que les programmes d'éducation sexuelle partent du principe que les adolescentes manquent d'informations et de ressources pour accéder à la contraception.

5. Conclusion

Cette étude avait pour objectif général de comprendre les perceptions des adolescentes et de leurs proches en examinant les représentations des interventions éducatives, de la santé reproductive chez les adolescentes, et de l'adolescente et en explorant les perceptions des adolescentes et de leurs proches familiales vis à vis des interventions éducatives en santé reproductive des adolescents à travers des entretiens approfondis avec but d'améliorer l'acceptabilité des interventions éducatives en santé reproductive pour les adolescentes. Les résultats ont montré que les enquêtées se représentent les interventions éducatives comme un moyen d'éducation et d'information sur la prévention des IST, des grossesses non planifiées, sur la prise de décision, la gestion des menstruations, la conception et le suivi de la grossesse, les signes et symptômes requérant des soins médicaux. La santé de la reproduction comme un étant de bien-être global lié à la reproduction et une éducation à la sexualité et à la reproduction. L'adolescente comme un enfant de sexe féminin en période de développement physique, en exploration de la sexualité, en conflits familiaux et vulnérable face aux pressions sociales. Les interventions éducatives couvrent la prévention des maladies, la planification familiale et l'éducation à la santé menstruelle, et proviennent de sources formelles et informelles. Des perceptions divergentes ont été observées, notamment sur l'impact des interventions sur les comportements et les

valeurs culturelles des adolescentes. Les attentes principales portaient sur l'éducation et l'information, l'accessibilité aux services de santé reproductive et l'adaptation aux besoins locaux.

Ces données recueillies pourront faciliter l'adaptation des interventions aux besoins et aux attentes spécifiques de la communauté, en tenant compte des aspects culturels, sociaux et éducatifs uniques de la Zone de santé d'Oicha. Diverses perceptions peuvent fournir une compréhension approfondie des dynamiques culturelles et sociales pouvant influencer l'approbation des interventions éducatives. Pour ce fait, il est donc important de développer des programmes flexibles respectant les valeurs locales tout en transmettant des informations essentielles.

Néanmoins, étant donné que ce programme-pilote est mis en œuvre dans une zone de santé spécifique (OICHA), les résultats et les conclusions tirées peuvent ne pas être directement généralisables à d'autres contextes géographiques ou culturels. Ce qui fonctionne dans une communauté peut ne pas nécessairement fonctionner dans une autre en raison de différences dans les normes sociales, les croyances et les ressources disponibles. Aussi les résultats des programmes peuvent être influencés par des normes culturelles spécifiques qui peuvent ne pas être généralisables à d'autres groupes culturels, et les interventions peuvent ne pas être acceptées par certaines communautés en raison de différences culturelles, ce qui limite leur efficacité. Outre, d'autres pistes peuvent être abordées :

- « *Changements dans les comportements des adolescentes en matière de santé reproductive après la participation à des programmes éducatifs à Oicha.* »
- « *Impact à long terme des programmes éducatifs sur la diminution des grossesses précoces et des IST à Oicha.* »

Remerciements

Les auteurs souhaitent exprimer leur profonde gratitude à toutes les enquêtées qui ont participé à cette étude en donnant leur consentement libre et éclairé.

Conflit of Intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Références

- Admin. (2022, mars 30). Ethnographie—Concept, histoire, objectif, types et avantages. *ConcepToit*. <https://conceptoit.net/ethnographie/>
- Ahlou, A. E. (2021). Qualité de mise en œuvre des services de santé sexuelle et reproductive auprès des adolescent(e)s et jeunes par le projet JADES 2 au Niger en 202.
- AKA Yah, J., Somian, J., COULIBALY, A., GOGO, A., & ABO, L. O. R. (2021). Manque d'étude sexuelle comme facteur de déscolarisation en milieu rural de la région de Moronou : Cas d'ahorosso. <http://imjcr.com/wp-content/uploads/2021/09/Paper8410-416.pdf>
- Alameddine, R. (2024). Vécu sexuel et vécu de l'orientation sexuelle des personnes musulmanes issues de la diversité sexuelle au Québec. *Alterstice : revue internationale de la recherche interculturelle / Alterstice: International Journal of Intercultural Research / Alterstice: Revista Internacional de la Investigacion Intercultural*, 12(2), 89-102. <https://doi.org/10.7202/1114558ar>
- Askari, F., Mirzaianajmabadi, K., Saeedy Rezvani, M., & Asgharinekah, S. M. (2020). Sexual health education issues (challenges) for adolescent boys in Iran: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(33). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_462_19

- Astle, S., & Brasileiro, J. (2024). Whose job is it anyway? Parents' perspectives of responsibilities for educating their children about sex. *Sexuality Research and Social Policy*, 21(2), 759–773. <https://doi.org/10.1007/s13178-023-00898-w>
- Audebrand, J. (2023). Le péril jeune: Contestations adolescentes et négociation de l'ordre familial au début du Moyen Âge (VIIe-Xe siècle). *Annales de démographie historique*, 146(2), 11-29. <https://doi.org/10.3917/adh.146.0011>
- Ayen, D. L., & Brouwere, V. D. (2022). Connaissances, attitudes, pratiques des jeunes en matière de VIH et grossesses non désirées à Kinshasa. *Santé Publique*, 34(5), 717-726. <https://doi.org/10.3917/spub.225.0717>
- Bambara, A., Wayack-Pambè, M., Ouili, I., Guiella, G., & Delamou, A. (n.d.). Effets identitaires de la socialisation différentielle de genre sur les aspirations au premier enfant et au mariage des jeunes adolescent(e)s à Ouagadougou : Une étude mixte. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(5), Article 2294824. <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2294824>
- Beaudin, C. (2020). Engagement parental dans l'éducation sociosexuelle d'un adolescent présentant un trouble du spectre de l'autisme : Étude de cas [Thèse, Université du Québec en Outaouais]. <https://di.uqo.ca/id/eprint/1221/>
- Bien-aimée, G. L. G. (2023). Les stratégies IEC pour la promotion de la santé sexuelle reproductive (SSR) des adolescentes du collège moderne de Cocody.
- Chandra-Mouli, V. (n.d.). Offre de l'éducation complète à la sexualité (ECS). *Venkatraman Chandra-Mouli*.
- Charbit, Y., Affo, A., Hassan, S., & Tossou, R. (2020). La vulnérabilité des adolescents béninois au VIH-SIDA. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 29, 1123–1135.
- Diallo, A., Diallo, Y., Magassouba, A. S., Bah, I. K., & Sy, T. (2020). Rapports sexuels chez les élèves de la commune de Matoto à Conakry en Guinée. *The Pan African Medical Journal*, 35, 113. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.35.113.20733>
- DIANGUMBA. (2020). *Connaissance du cycle menstruel et attitude pratique de la planification familiale des étudiantes de la FMOS*.
- Dinh, M., & Martin, P. (2024). Analyse des contenus en ligne de promotion de la santé sexuelle à destination des jeunes : Une étude mixte. *Sexologies*, 33(3), 157-167. <https://doi.org/10.1684/sexol.2024.45>
- Ehouma, K. L., Blibolo, A. D., Yapo, L. D., & Pohor, R. (2022). Contribution of community participation and unmet needs in terms of sexual violence, sexual reproductive health and early pregnancy among adolescents in Haut-Sassandra.
- Essodinamodom, K., & Pikiliwé, A. (n.d.). Facteurs du déficit d'éducation sexuelle en famille : Étude de cas des adolescentes scolarisées de la commune de Kozah.
- Fernández-Fuertes, A. A., Fernández-Rouco, N., Lázaro-Visa, S., & Gómez-Pérez, E. (2020). Myths about sexual aggression, sexual assertiveness and sexual violence in adolescent romantic relationships. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8744. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238744>
- Granger, L. (2022). Androcentrisme et médecines : L'autonomisation des femmes dans un contexte de soins féministes en santé sexuelle et reproductive au Québec [Thèse, Université d'Ottawa]. <http://hdl.handle.net/10393/44365admin>. (2022, mars 30). Ethnographie—Concept, histoire, objectif, types et avantages. *ConcepToit*. <https://conceptoit.net/ethnographie/>
- Lam, A., Yau, M. K., Franklin, R. C., & Leggat, P. A. (2022). Challenges in the delivery of sex education for people with intellectual disabilities : A Chinese cultural-contextual analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 35(6), 1370-1379. <https://doi.org/10.1111/jar.13025>
- Landry, A. (2022). *Intervention infirmière virtuelle de groupe visant à favoriser l'empowerment d'adolescentes enceintes pour l'adoption de comportements sains*. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/26388>

- Lubo, D. L., Ntanga, M. N., Ngoy, M. N., Ngoy, M. M., Kashila, F. M., Ilunga, A. M., Bora, G. K., Nkumisongo, S., Okobela, S. W., Bukasa, P. C., & Tendilonge, J. de D. K. (2021). Facteurs associés à la maternité précoce à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Revue de l'Infirmier Congolais*, 5(1), Article 1.
- Mahama, I., Adzovie, R. H., & Adzovie, D. E. (2020). Adolescents perception of the impact of condom use on sexual behaviours : Evidence from Ghana, a developing country. *International Journal of Psychology and Counselling*, 12(3), 53-62. <https://doi.org/10.5897/IJPC2020.0612>
- Marí-Ytarte, R., Moreno-López, R., & Barranco-Barroso, R. (2020). Sex and Relationship Education for the Autonomy and Emotional Well-Being of Young People. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01280>
- Martins, V. L., Belo, I., Luz, A., & Moleiro, P. (s. d.). Adolescer Saudável : Screening and follow-up of risk at school. *Einstein*, 19, eAO5849. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO5849
- Mendonca, J. E., & Jabbir, S. (2022). *Les compétences essentielles de l'infirmière scolaire dans la prévention des pratiques sexuelles à risque chez l'adolescent*. <https://sonar.ch/global/documents/322580>
- Mukadi, R. T., Ntambwe, M. S. M., Kitoko, H. T., Mwisi, J. M., & Mbayo, F. I. (2018). Sexualité des jeunes en milieu scolaire dans la ville de Likasi en République Démocratique du Congo. *The Pan African Medical Journal*, 31, 34. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.31.34.16088>
- Mukendi, D. M., Mukalenge, F. C., Ali, M. M., Mondo, T. M. N., & Utshudienyema, G. W. (2021). Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des enseignants en matière de contraception : Résultats d'une étude qualitative réalisée en République Démocratique du Congo. *The Pan African Medical Journal*, 38, 121. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.38.121.21678>
- Mwaka, M. M. (2024). *Défis et contraintes face à l'éducation sexuelle des enfants dès leur bas-âge au sein des familles dans la ville de Bukavu*.
- Nacer, N., Rkha, S., Chouikh, J., Mejdouli, H., Khabbaz, K. E., Aatouf, N. I., Tasdremt, H., & Ouzennou, N. (2023). Gestion de l'hygiène menstruelle : Connaissances attitudes et pratiques des élèves: Cas des lycées de la province d'Essaouira. *Revue des Sciences Infirmières et Techniques de Santé*, 2(1), Article 1. <https://doi.org/10.34874/IMIST.PRSM/rsits-v2i1.44674>
- Ngwamah, A. F. B., Kashala, S. B., Bolombe, G. L., Aloma, G. A., Okonga, L., Mawunu, M., Ngbolua, J.-P. K.-T.-N., Omanyondo, M.-C. O., & Mukandu, B. B. L. (2024). *Ethical decision-making with regard to children born HIV-positive in Kinshasa City, Democratic Republic of the Congo : Experience and expectations of those involved in the prevention of mother-to-child transmission | Orapuh Journal*. <https://orapuh.org/ojs/ojs-3.1.2-4/index.php/orapj/article/view/e1142>
- Osadolor, U. E., Amoo, E. O., Azuh, D. E., Mfonido-Abasi, I., Washington, C. P., & Ugbenue, O. (2022). Exposure to Sex Education and Its Effects on Adolescent Sexual Behavior in Nigeria. *Journal of Environmental and Public Health*, 2022, 3962011. <https://doi.org/10.1155/2022/3962011>
- Ramírez-Villalobos, D., Monterubio-Flores, E. A., Gonzalez-Vazquez, T. T., Molina-Rodríguez, J. F., Ruelas-González, Ma. G., & Alcalde-Rabanal, J. E. (2021). Delaying sexual onset : Outcome of a comprehensive sexuality education initiative for adolescents in public schools. *BMC Public Health*, 21(1), 1439. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11388-2>
- Sa, T., M, S., A, C., O, T., A, G., M, C., M, K., B, T., M, D., Y, T., & A, D. (2021). Pronostic Maternel et Périnatal de l'Accouchement chez les Adolescentes au Service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital de Sikasso. : Maternal and Perinatal Prognosis of Childbirth in Adolescents in the Gynecological-Obstetrics Department at Sikasso Hospital. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 22(8), Article 8. <https://doi.org/10.5281/hsd.v22i8.2889>

- Samadaee Gelehkolaee, K., Maasoumi, R., Azin, S. A., Nedjat, S., Parto, M., & Zamani Hajiabadi, I. (2021). Stakeholders' perspectives of comprehensive sexuality education in Iranian male adolescences. *Reproductive Health*, 18, 26. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01084-0>
- SOHERANDA, S. (2024). *PAO Consolidé [RAPPORT DE LA ZONE DE SANTE DE OICHA]*. XXVIe Actualités du Pharo. La santé sexuelle et reproductive dans les pays du Sud. 6-8 octobre 2021, Marseille, France. (2021). *Médecine Tropicale et Santé Internationale*, 1(4), mtsi.2021.180. <https://doi.org/10.48327/mtsi.2021.180>

@ 2025 KAVUGHO, 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 27 October 2024
Accepted, 21 March 2025
Published, 24 March 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite : Tchalla et al. (2025). Digitalisation en santé au Togo : la complexe adaptation des agents de santé communautaire. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(1), 106-120.
<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.7>

Research

Digitalisation en santé au Togo : la complexe adaptation des agents de santé communautaire

Digitalization in health in Togo: the complex adaptation of community health workers

Nourou TCHALLA^{1*} Kossi Mitronougna KOUMI², Atiyihwè AWESSO³

¹ Département d'anthropologie et d'études africaines, Université de Lomé, Lomé, Togo

² Département d'anthropologie et d'études africaines, Université de Lomé, Lomé, Togo

³ Département d'anthropologie et d'études africaines, Université de Lomé, Lomé, Togo

Correspondance : E-mail : tchalla.net@outlook.com; Tél : +22890931910

Résumé

Une des caractéristiques du secteur de la santé est la multiplicité des réformes auxquelles il fait face, notamment dans les pays du Sud. Au Togo, depuis 2021, la digitalisation de la production des données de santé via le DHIS2 est au rang de ces réformes et prend la place de l'utilisation des registres et dossiers sanitaires. Cet article analyse l'adaptation des Agents de Santé Communautaires (ASC) à cette réforme à travers le cas de l'enregistrement des données relatives à la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS), ainsi qu'aux campagnes nationales de distribution des Moustiquaires à Imprégnation Durable (MID). Cette analyse a été faite grâce à une démarche méthodologique qualitative de type socio-anthropologique. Ce dispositif nous a permis de voir que l'adaptation des ASC au passage du manuel/physique au numérique est co-construite à la fois avec l'Etat et les partenaires techniques et financiers qui mettent en œuvre des « arts de faire ». Contre intuitivement la configuration de cette adaptation combine des ajustements économiques (par exemple, le paiement des frais d'internet sur le dos de l'ASC), logistiques (rechercher par endroit une connexion internet pour envoyer les données), structurels en plus des défis technologiques et matériels, d'où elle tient sa complexité. Ainsi, la complexité de cette adaptation impacte les programmes de lutte contre le paludisme.

Mots clés : Santé, Agent de santé communautaire, Digitalisation, DHIS2, Paludisme

Abstract

One of the characteristics of the health sector is the multiplicity of reforms it faces, particularly in the countries of the South. In Togo, since 2021, the digitalization of health data production via Dhis 2 has been one of these reforms, replacing the use of registers and health records. This article analyses the adaptation of Community Health Workers (CHWs) to this reform through the recording of data relating to the chemoprevention of seasonal malaria (CPS), as well as to national campaigns for the distribution of long-lasting impregnated mosquito nets (LLINs). This analysis was carried out using a qualitative methodological approach of the socio-anthropological type. This approach enabled us to see that the adaptation of CHWs to the

transition from manual/physical to digital methods is co-constructed with both the state and the technical and financial partners, who implement the ‘art of doing’. Counter-intuitively, the configuration of this adaptation combines economic adjustments (for example, the payment of internet costs by CHWs), logistical adjustments (finding an internet connection in some places to send data, for example), structural adjustments in addition to technological and material challenges, from which it derives its complexity. And the complexity of this adaptation has an impact on malaria control programs.

Keyword: Health, Community, Health worker, Digitalisation, Dish 2, Malaria

1.Introduction

L'une des caractéristiques des systèmes de santé des pays du Sud reste aujourd'hui l'importance des réformes qui les caractérisent. Ces réformes se succèdent fréquemment, constamment et avec une impressionnante rapidité. Entre les indépendances et les années 2010, dans le domaine du financement de la santé, par exemple, on est passé du régime de gratuité aux mesures d'exemption de paiement en passant par le paiement direct (Ridde, 2004, 2005 ; Olivier de Sardan et Ridde, 2014). La situation est similaire du côté de la délivrance des soins. En santé maternelle par exemple, on est passé, dans le cadre des consultations prénatales, d'une norme prescrivant une consultation trimestrielle à une consultation mensuelle (Ministère de la santé 2009). Ces variations constantes et ce changement fréquent de stratégies dénotent d'un point de vue formel ou institutionnel¹, au-delà des volontés d'amélioration, un investissement dans la recherche de bonnes pratiques pour une meilleure délivrance des services de santé.

Au-delà du financement de la santé et des actes des soins, ces réformes touchent de plus en plus dans les pays du Sud et au Togo en particulier, l'organisation des services, la production et la gestion des données de santé. Les réformes dans ces secteurs se structurent plus autour de la digitalisation. La digitalisation fait donc référence à l'intégration et à l'utilisation de technologies numériques. C'est autour de la digitalisation, de la production des données² par la catégorie professionnelle des agents de santé communautaire et dans le contexte de la prise en charge d'une pathologie spécifique, en l'occurrence le paludisme³ que se structure cet article. La réforme est l'introduction du District Health Information Software (DHIS2) mobile.

Dans la littérature en sciences sociales, la digitalisation, la numérisation ou plus généralement l'usage des TIC en santé n'est pas une thématique nouvelle. L'intérêt des sciences sociales pour ce domaine a émergé il y a un peu plus d'une dizaine d'années au même moment que l'utilisation des TIC en santé (Peirot, 2021; Bonnet 2016, Doyle-Delgado et Chamberlain 2020).

En Afrique, le numérique est également perçu comme un levier essentiel pour le secteur de la santé (Dahmani 2005). Certains diront que les solutions numériques ont le potentiel de renforcer les systèmes de santé et de contribuer même à la couverture sanitaire universelle. Elles sont de ce fait placées au centre des politiques de couverture universelle (Al Dahdah, 2019a, Al Dahdah, 2019b, Collins et *al.*, 2023). Cependant, cette opportunité et ce potentiel sont entravés par des obstacles d'ordre techniques, législatifs et de sécurisation des données (Al Meslamani, 2023). Il en est de même pour les questions éthiques (Cowie et Lam 2021), et surtout la fracture numérique (Sagna 2006) dont la réduction est souhaitée par certains. Pour Collins et *al.* (2023)

¹ On sait très bien la complexité des logiques qui sous-tendent la mise en œuvre de ces réformes dans les pays du Sud. On sait aussi la part des politiques et partenaires techniques et financiers dans ces réformes (cf. Olivier de Sardan et Ridde, 2014 pour le cas du financement de la santé) qui pour la plupart sont des « modèles voyageurs » qui dans certains contextes se « vengent » (Olivier de Sardan 2021)

² Nous entendons par production de donnée le processus de collecte, de vérification et de transmission de données.

³ Le rapport annuel 2022 du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) du Togo montre que le paludisme a représenté en moyenne 33% des consultations externes et 20 % des hospitalisations dans les formations sanitaires avec une incidence hospitalière de 274,5‰. Les décès dus au paludisme en hospitalisation ont occupé une proportion de 9% en 2022 avec une létalité de 2% et une mortalité hospitalière de 0.11‰. Ainsi, de 2017 à 2022, la létalité est passée de 4% à 2%.

par exemple, il est essentiel de combler le fossé numérique entre les pays à revenu élevé et les pays à revenu faible et intermédiaire.

Cependant, ces obstacles n'empêchent pas totalement une utilisation, aussi infime soit elle, du numérique dans l'organisation, la promotion et la délivrance des services de santé ainsi que la lutte contre certaines maladies endémiques en Afrique. La littérature relève par exemple la place du numérique dans la lutte contre le paludisme⁴. La littérature souligne l'apport du numérique dans la lutte contre cette pathologie. Pour la prévention, depuis les années 1960-70, des satellites civils d'observation de la terre survolent la planète et apportent des informations pour la mesure ou l'évaluation de certains facteurs géo-climatiques et anthropogéniques dont dépendent la transmission et l'importance du paludisme (Catry et *al.*, 2018). De nombreux travaux civils ou militaires, en milieu rural ou urbain, ont permis aussi la mise en place de modèles et de cartes de risques entomologiques, parasitologiques ou épidémiologiques du paludisme à partir de données de télédétection (Machault et *al.*, 2009). Sur le plan de la thérapie, la récente politique d'identification biométrique mise en place dans les pays africains à un effet positif sur la prise en charge du paludisme. En effet, au Bénin, dans une étude sur l'impact de l'introduction de l'identifiant unique sur les indicateurs de couverture globale en Chimio-prévention du paludisme saisonnier, Affoukou et *al.*, (2024) montrent que la création d'un identifiant unique pour chaque enfant a amélioré le suivi et la surveillance de ceux qui bénéficient de la chimio prévention du paludisme.

Ce rapide tour de la littérature sur les Technologies de l'information et de la communication (TIC) en santé, sans prétention d'exhaustivité, permet de voir les rapports entre les TIC et la santé, les apports du premier sur le second. Cependant, très peu d'intérêt a été porté à la question de l'adaptation des soignants face à l'innovation des TIC ou à la digitalisation des données.

L'usage du digital par les professionnels de santé dans la prise en charge et la prévention de pathologies ou encore dans la promotion de la santé est en effet de plus en plus répandu au Togo ou ailleurs dans le Sud global. Cependant, les outils et techniques associés à l'usage du digital ne sont pas intégrés à la formation de base des professionnels de santé. Ils disposent de peu ou pas de connaissances en la matière à la sortie des écoles et facultés de formation. Certains agents découvrent le digital appliqué à leur activité plutôt, d'autres au milieu ou en fin de carrières. Ils s'adaptent à ces innovations, d'où l'intérêt de cette adaptation qui souvent doit être continue du fait du caractère dynamique du digital. Comment les Agents de santé communautaire (ASC) s'adaptent-ils à la digitalisation des collectes de données via le DHIS2 dans le cadre de la lutte contre le paludisme au Togo, et quels sont les impacts de cette adaptation sur la qualité des données et l'efficacité des programmes de lutte contre cette pathologie ?

Cet article vise à analyser les défis d'adaptation des ASC face à la digitalisation, tout en explorant les implications de cette transition sur la collecte de données, les décisions stratégiques et l'efficacité des interventions en matière de lutte contre le paludisme au Togo.

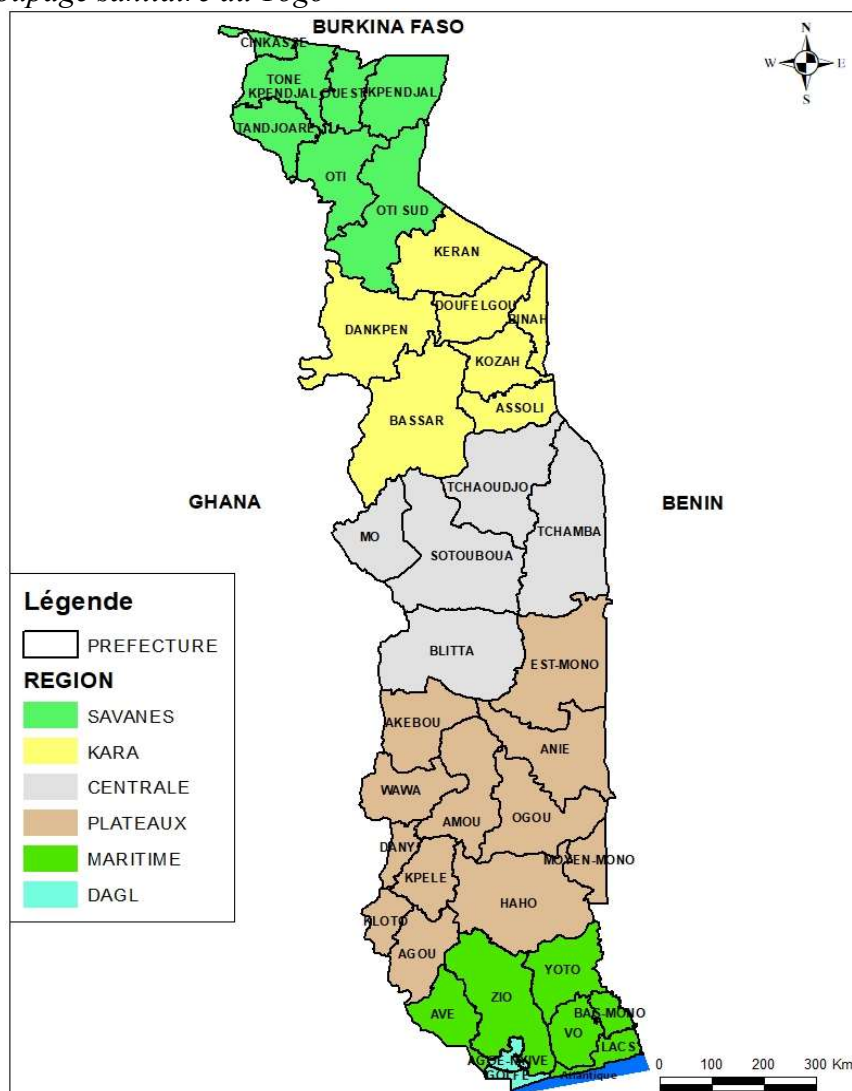
⁴ Rappelons que le paludisme représente environ 94 % des cas estimés dans le monde, c'est-à-dire 233 millions de cas (OMS 2024 a) cette pathologie est endémique en Afrique. Au Togo, il est la cause 53% des hospitalisations et de 65% des décès d'enfants de moins de 5 ans (PNLP, 2022)

2. Matériel et méthodes

2.1. Localisation de la zone d'étude

Le Togo, pays d'Afrique occidentale, est situé entre 6°4' et 11°7' de latitude Nord et entre 0° et 1°55' de longitude Est. Il partage ses frontières avec le Burkina Faso au Nord, le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest, et est bordé au Sud par le Golfe de Guinée. D'une superficie de 56 790 km², le Togo s'étend sur une longueur de 600 km avec une largeur variant entre 50 et 150 km. Le pays bénéficie d'un climat tropical, caractérisé par une atmosphère chaude et humide, propice à une biodiversité variée. Conformément à l'arrêté n°171/2020/MSHP/CAB/SG du 19 juin 2020, le Togo est subdivisé en 6 régions sanitaires, 39 préfectures sanitaires et 117 communes sanitaires, facilitant ainsi l'organisation des services de santé. La carte ci-dessous illustre la répartition des régions et des préfectures sanitaires dans lesquelles l'étude a été menée.

Carte du découpage sanitaire du Togo



Source : DPCS /MSHPAUS, 2022

2.2. Méthode de collecte des données

Cette contribution s'appuie sur une recherche qualitative visant à explorer les expériences, les vécus et les perceptions des Agents de Santé Communautaire (ASC) dans la mise en œuvre de la réforme de la digitalisation des collectes de données. Les données ont été collectées à travers des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe impliquant un total de 39 participants, dont 3 responsables du ministère de la santé, 5 membres du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), 5 Responsables des formations sanitaires (RFS), 6 Points focaux paludisme (PFP), 4 chargés des Interventions à base communautaire (IBC), 5 Directeurs préfectoraux de la santé (DPS), 2 membres du personnel du Health information system program (HISP), et 9 ASC.

Ces entretiens ont été réalisés dans les six régions sanitaires du Togo : Maritime, Plateaux, Centrale, Kara, Savanes et Grand Lomé, offrant une couverture nationale représentative des spécificités géographiques, socio-économiques et logistiques. Les ASC interrogés ont partagé leurs perspectives dans divers contextes, notamment lors des sessions de formation, où leur apprentissage du logiciel DHIS2 a été observé pour évaluer leur compréhension et identifier les lacunes éventuelles. Pendant la mise en œuvre de la campagne de Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) et de la campagne de distribution des Moustiquaires à imprégnation durable (MID), des discussions ont été menées pour recueillir leurs impressions sur les défis rencontrés et les avantages perçus de l'utilisation de la digitalisation. Les séances de supervision ont permis d'aborder les problèmes techniques et de recueillir des retours sur l'efficacité du support disponible, tandis que des échanges approfondis ont exploré leurs perceptions des impacts de la digitalisation sur leur pratique quotidienne.

L'analyse des données a été conduite selon une approche thématique, identifiant et catégorisant les motifs récurrents dans les réponses des participants afin de dégager les principaux thèmes et sous-thèmes émergents. Le logiciel RQDA a été utilisé pour organiser et traiter ces données qualitatives de manière rigoureuse. Cette méthodologie a permis de mettre en lumière les enjeux, défis et opportunités liés à la digitalisation des collectes de données dans la pratique des ASC, offrant ainsi une perspective complète et détaillée de leur interaction avec le logiciel DHIS2 et des transformations qu'elle engendre dans le domaine de la santé communautaire.

3. Résultats et discussion

3.1. Les Agents de santé communautaire dans le système de santé du Togo

La catégorie professionnelle des ASC sont issues de la politique de santé communautaire développée dans les années 1970 à l'issue de la conférence d'Alma-Ata. Un agent de santé communautaire est un volontaire, homme ou femme, élu par une communauté, qui est situé à plus de 5 km d'une formation sanitaire, ou qui est géographiquement difficile d'accès (obstacle naturel, plus d'une heure de marche...) et à qui une responsabilité technique ou autre a été déléguée afin de fournir des prestations de santé de base (OMS, 1987).

Au Togo, dans l'organisation du système de santé, les ASC sont rattachés à la division de la santé communautaire et des personnes âgées, appartenant à la Direction générale de l'action sanitaire (DGAS) (Ministère de la santé, 2015). Leur structuration et organisation actuelle remontent en 2009 avec l'élaboration d'une Politique nationale des interventions à base communautaire (PN IBC) dont les objectifs officiels visent à permettre l'intégration des interventions à base communautaire dans un plus grand nombre de programmes de santé.

Le processus de sélection des ASC est axé au Togo sur des critères spécifiques. Les candidats doivent : avoir une maîtrise du français (lire et écrire) ; résider dans la communauté qu'ils veulent servir ; disposer d'une réputation morale « acceptable et exercer une activité génératrice de revenus (PN IBC, 2009). La sélection des ASC à la suite des candidatures implique plusieurs acteurs clés. Le processus est présidé par le chef du village, qui supervise l'élection en collaboration avec le responsable de la formation sanitaire, les autorités locales, et parfois des organisations non gouvernementales. Le chef du village joue un rôle central en coordonnant la sélection, tout en garantissant la participation et la consultation de la communauté.

Les ASC ainsi recrutés sont formés par des Responsables de formations sanitaires (RFS). Les RFS sont eux-mêmes formés par une équipe de formateurs du niveau régional et de district qui, eux-mêmes, sont formés par des professionnels du niveau central.

Au-delà de cette formation initiale, les ASC bénéficient de formations continues et de remises à niveau périodiquement organisées soit par l'Etat central soit par des programmes de santé spécifique ou d'autres initiatives. Les ASC sont mis à la disposition de tous les programmes de santé (programme de lutte contre le VIH, tuberculose, etc.). Ils peuvent les solliciter au besoin. Ils assurent un ensemble varié de tâches qui vont du recensement de la population à la réalisation de visites à domicile en passant par la mise en œuvre d'activités préventives et curatives, ainsi que la contribution au développement communautaire. Leur champ d'action s'étend sur une zone spécifique avec un ratio ASC/population pouvant être élevé, atteignant parfois 1/1000 ou plus.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, les ASC sont au premier rang, notamment dans la prise en charge des cas simples. C'est en effet eux qui sont dans la communauté et qui, sous la supervision des Responsables de formations sanitaires (RFS), déroulent des activités promotionnelles et curatives. Concernant les activités promotionnelles, ils assurent les sensibilisations (utilisation de moustiquaires, sensibilisation des femmes enceintes pour la prise de la SP...). Au sujet de leurs activités curatives, les ASC identifient dans la communauté des cas suspects de paludisme qu'ils soumettent ensuite à un Test de diagnostic rapide (TDR). En cas de test positif, ils procèdent à une prise en charge à base d'Artemether Lumefantrine (AL). En présence de signes évoquant un paludisme grave ou en présence d'un enfant de moins de 2 mois malade, ils réfèrent vers la Formation sanitaire (FS) ou un centre de santé plus équipé. C'est à ces activités que s'appliquent la réforme du Dish 2, notamment dans le *reporting* des données liées aux activités promotionnelles.

Trois principales sources concourent alternativement ou à la fois selon les circonstances au financement de cette catégorie professionnelle : l'État, la communauté et les partenaires (PIBC, 2016). Ce financement varie en fonction du temps consacré par l'ASC aux activités communautaires. Pour les interventions continues, des primes mensuelles sont prévues, tandis que pour les campagnes de masse organisées ponctuellement, les ASC sont motivés à raison de 3 000 FCFA par jour. Cette motivation tient compte de la performance de l'agent et est formalisée par un contrat de prestation de services entre lui et le district, avec une affiliation au régime national de sécurité sociale.

Ces ASC peuvent également recevoir une motivation en nature ou en fiduciaire de la part de la communauté. Mais cette seconde source de financement tend à disparaître comme le souligne cette enquêtée :

« Les membres de la communauté qui sont censés nous aider à travers les dons et les travaux champêtres ne le font jamais pour nous soutenir dans notre travail. Ils pensent que nous travaillons et nous sommes payés alors qu'on ne nous paye pas... » (Extrait d'entretien avec ASC, Tchaoudjo, avril 2024)

A tout ceci s'ajoutent la reconnaissance de la communauté, et le prestige reçu qui sont autant de sources de motivation. Des événements spéciaux tels que la journée nationale du volontariat sont aussi organisés pour célébrer leur contribution au bien être des communautés.

3.2. Le DHIS2 : la tache d'huile d'une innovation locale sud-africaine

L'analyse de l'adoption du Dhis 2 fait penser que sa mise à l'échelle au niveau national répond plus à un effet de mode, d'adhésion et l'adoption d'une réforme « voyageur » qu'à la perception des avantages liés à la digitalisation des données de routine (Diallo et *al.*, 2020). Pour preuve, à peine le DHIS2 fût-il déployé en 2018, qu'en 2024, au moment où les recherches dans le cadre de cet article se font, qu'un projet de passage à une nouvelle plate-forme du nom de « Santecomtogo » couvent déjà. Il est pratiquement en voie de déploiement au moment de la publication de l'article sans que, ni l'efficacité du premier ne soit évaluée ou que même les principaux utilisateurs n'aient le temps de maîtriser les contours de cette technologie. Aussi, cette digitalisation se fait elle sans un cadre en termes de politique ou de stratégie.

Un informateur confiera :

« Le Ministère de la santé ne dispose pas encore d'un document d'orientation politique ou stratégique détaillant la vision et les orientations spécifiques pour la digitalisation des données de santé » (Extrait d'entretien avec un informaticien de la DSNISI, mars 2024). Au-delà du Togo et des pays de l'Afrique de l'Ouest, c'est autour du Gabon d'adopter récemment (en septembre 2024)⁵ le DHIS2 pour moderniser la gestion de ses données sanitaires. Entre l'adoption balbutiante de cette réforme par le Togo et les premiers pas du Gabon dans cette innovation, l'Afrique du Sud où ce système a été inventé, passe à une autre étape de l'utilisation de cette plateforme. Elle est passée à l'utilisation des fonctions d'interopérabilité avec la norme FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources). Cette approche permet une intégration efficace des systèmes de gestion des ressources humaines dans la santé, accélérant ainsi les progrès vers la couverture sanitaire universelle⁶.

Ainsi, contrairement au Togo où l'accent est mis sur la digitalisation des données de santé communautaire, l'Afrique du Sud a adopté une approche plus systémique en alignant le DHIS2 avec les infrastructures nationales de santé. Ceci remet sur le tapis, la question de la fracture numérique dont parle Sagna (2006).

⁵ Santé : le Gabon adopte le système DHIS2 pour moderniser ses données sanitaires - Notre Afrik

⁶ Cf. Par exemple

3.3. Les ASC au prisme du DHIS2 dans la prise en charge du paludisme

L'histoire du DHIS2 remonte à 30 ans, en 1994, lorsqu'un projet de recherche-action sur les systèmes d'information sanitaire (HISP) a été initié en Afrique du Sud par l'Université du Cap Occidental et celle d'Oslo. L'objectif était de soutenir la numérisation de la gestion décentralisée du système de santé de l'Afrique du Sud post-apartheid. Ce projet a débouché sur la première version du logiciel d'information sanitaire de district (DHIS), qui a ensuite évolué vers le DHIS2. Son utilisation a rapidement dépassé les limites de ce pays pour s'étendre au reste du monde. Le DHIS2 a évolué au fil des années pour devenir un réseau mondial de HISP, coordonné par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Aujourd'hui, le DHIS2 se présente, dans de nombreux pays du Sud, comme un outil polyvalent pour la gestion et l'analyse des informations. Il s'applique à la fois aux données agrégées, aux événements et aux données individuelles. Cette application est utilisable depuis un téléphone intelligent ou un ordinateur, à condition de disposer d'un compte utilisateur.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le Dish 2 est utilisé au niveau communautaire pour la collecte des données de routine et de deux interventions principalement : la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) et la Campagne de Distribution de Moustiquaires à Imprégnation Durable (MID). Rappelons que la CPS consiste à administrer des médicaments antipaludiques aux enfants âgés entre 03 et 59 mois vivant dans des zones à fort risque de paludisme pendant les saisons où la transmission du paludisme est la plus intense dans le but de limiter les décès d'enfants de moins de 5 ans pour cause de paludisme. Les zones à fort risque sont celles ayant des conditions bioclimatiques chaudes et humides, ce qui favorise le développement de larves de moustiques vecteurs des plasmodiums entraînant une exposition pérenne (avec des piques annuels) de la population au paludisme (Andrianasolo et *al.* 2019). Ces zones se retrouvent dans toutes les régions sanitaires du pays. La campagne de distribution de Moustiquaires à imprégnation durable (MID) renvoi quant à elle à la mise à disposition de moustiquaires traitées avec des insecticides à longue durée d'action aux populations sur toute l'étendue du territoire. Le Programme nationale du paludisme (PNLP), relevant du Ministère de la santé du Togo, est l'instance en charge de la planification, de la mise en œuvre et du suivi de ces actions.

Jusqu'en 2020, les campagnes MID étaient caractérisées par une collecte et l'inscription manuelle des données sur des supports physiques (registres, cahiers...), ensuite le Dshi 2 a été introduit et précisément à partir de 2021, son usage pour la santé communautaire a débuté.

En effet, avant cela, l'histoire du Dish 2 dans le système de santé du Togo commence à partir de 2013 avec son adoption et sa phase pilote⁷. L'usage de l'application sera généralisé à partir de 2018 et devient en cette période la plateforme nationale de gestion de l'information sanitaire

⁷ Le Dhis 2 est né en 1994 en Afrique du Sud. Son utilisation a ensuite rapidement débordé les limites de ce pays pour s'étendre au reste du monde. Il a évolué au fil des ans pour devenir aujourd'hui une plateforme mondiale utilisée dans plus de 70 pays, avec plus de 2500 utilisateurs mensuels.

du pays. Avant cette période, toutes les données de rapportage étaient manuellement collectées puis compilées grâce aux logiciels du pack Office.

Le passage au Dish 2 s'est fait par une décision des autorités sanitaires, en l'occurrence le ministère de santé. Cette décision aurait été prise – selon les enquêtes au ministère de la santé – suite à une analyse du système d'information sanitaire du pays qui a suggéré le passage au digital. La mise en œuvre aurait été progressive : la mise en place des outils numériques ; la formation des acteurs ; le choix des sites pilotes entre autres.

Au niveau des ASC le passage au digital et au Dish 2 a été caractérisé par leur formation. Cette formation au maniement du logiciel reste quand même basique et s'étend sur 1 ou 2 jours selon les cas. Sans manuel de formation, on leur apprend à pas de cours à télécharger l'application, à l'ouvrir et à y entrer les données (le ménage, nom du chef de ménage, sa taille, etc. ; le nombre de moustiquaires donnés, etc.), à géolocaliser le lieu d'intervention, et à envoyer les données collectées.

Cette rapidité dans la formation se joint au faible niveau d'instruction des ASC (la plupart ont un niveau BEPC) pour complexifier la manipulation des téléphones Android/ ou intelligents d'une part et le logiciel de l'autre. Or la formation demeure capitale dans ce contexte, comme le souligne Jeanne Chauffour (2020) qui note que la digitalisation de la santé modifie profondément les pratiques des professionnels de santé, mais nécessite un renforcement des compétences des parties prenantes pour une meilleure gestion des données.

3.1.1. La question du matériel et de la logistique

L'introduction du DHIS2 dans le programme de lutte contre le paludisme élève le téléphone portable au rang de matériel indispensable à l'exercice des activités des ASC. Or la possession de ce matériel ne fait pas partie des conditions pour candidater à cette profession. Conséquemment une bonne partie des ASC n'en possèdent pas. Pour pallier à cela, les différents partenaires techniques et financiers ainsi que les promoteurs de la digitalisation ont fourni ce matériel aux ASC de 4 régions sanitaires (Savanes, Centrale, Plateaux et Maritime) sur les 6 dont dispose le Togo. Les ASC des 2 autres régions (Kara et Grand Lomé) ont été obligées d'acheter leur propre smartphone.

Pour les ASC ayant bénéficié du matériel de travail, son renouvellement en cas d'obsolescence ou de panne incombe aux ASC. En contexte d'absence de ressources pour régler les pannes liées au matériel, des appuis sont sollicités, à travers les responsables de formations sanitaires, auprès d'organisations telles que le Fonds mondial, l'UNICEF....⁸ Mais, cette aide n'est pas garantie. Elle dépend de divers facteurs dont les politiques en vigueur en matière de santé de ces institutions, les disponibilités financières, entre autres. En cas de réponses défavorables des institutions sollicitées, des prêts sont contractés par certains ASC – souvent auprès des responsables de formations sanitaires – pour acquérir leur matériel de travail au regard des enjeux liés à la conservation de leur profession et avantages sociaux y afférents. Un enquêteur explique :

⁸ Ceci confirme les idées en anthropologie du développement et de l'aide sur la dépendance à l'aide internationale dans les pays en voie de développement (cf. Atlani-Duault 2009)

« Souvent, je demande une avance financière auprès du RFS pour réparer mon téléphone. Lorsque nous sommes engagés dans une activité qui prévoit une allocation quotidienne de 3000 F, je rembourse cette avance après l'activité. Si le RFS ne me donne pas, je demande à un membre de la communauté ou je demande à un membre de ma famille de m'avancer les fonds, que je rembourse par la suite. Compte tenu de notre activité professionnelle connue, ces prêts sont souvent accordés sans difficulté » (Extrait d'entretien avec ASC, Tchaoudjo, avril 2024).

En attendant la recherche de ressources pour la réparation ou le changement du téléphone, les données ne sont plus collectées.

Aussi, la qualité des téléphones existants sur le terrain ainsi que leur compatibilité ou adaptation à l'application et aux tâches auxquelles ils sont destinés constituent un frein à la collecte de données comme le souligne le rapport de la campagne MID de 2023 (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2024).

Les coûts de recharge en crédit de communication ou de connexion internet sont pris en charge en grande partie par les ASC eux-mêmes, ce qui représente une dépense régulière pesant sur leur budget personnel. Il est une chose de payer un forfait internet, il en est une autre de disposer d'une connexion efficace pour géolocaliser les lieux d'activité ou même envoyer les données sur le serveur central. Dans les milieux ruraux ou semi-urbain, l'inconsistance du réseau internet obligeant certains ASC de parcourir plusieurs kilomètres à la recherche d'un meilleur débit de connexion afin d'envoyer les données.

3.1.2. Un effectif vieillissant et de l'illectronisme

Au Togo, l'effectif des ASC est vieillissant. L'intégration de données dans les smartphones leur est relativement complexe en raison de problèmes de vision. Un responsable régional de santé raconte :

« J'étais dans une localité pour régler un contentieux entre un ASC et un ménage. C'est au cours de cette mission que j'ai constaté que près de 30% des ASC avaient des problèmes de vision. J'ai dû profiter de l'opération d'une ONG dans la région pour faire consulter et octroyer les vers à tous ceux qui étaient dans cette situation ». Témoignage d'un directeur régional de la santé, novembre, 2023.

En plus d'être un obstacle à la manipulation des téléphones intelligents, les problèmes ophtalmologiques des ASC concourent aux erreurs ou incohérence dans la collecte des données. Comme cas d'erreurs ou incohérence, nous a-t-on expliqué au cours de l'enquête, certains ASC peuvent inscrire avoir dépisté 100 enfants et ensuite dire qu'il en a traité 105 ; ou encore certains ASC peuvent déclarer avoir dépisté et traité 1000 enfants, mais dans sa zone d'activité la population infantile est largement en deçà de 1000 en cette période.

Face à ces défis, tout en s'initiant (pour certains ASC) aux TIC et à l'utilisation des téléphones intelligents, une des solutions palliatives la plus répandue reste le recours des ASC à des aides extérieures pour un accompagnement dans l'utilisation des smartphones et de l'application. Cette aide provient de différentes sources : domestique (solicitation des proches enfants de l'ASC), recours aux professionnels des TIC (les teneurs de cybers café, les informaticiens...), recours à d'autres connaissances.

Certains ASC se retrouvent en effet contraints de payer l'aide de professionnels en l'occurrence des informaticiens afin d'intégrer les données dans le Dish 2 sur le téléphone intelligent. Au mieux, ils se rabattent sur les services des jeunes des quartiers à qui ils promettent (tout comme aux professionnels des TIC qu'ils sollicitent) un pourcentage de leurs motivations. Un ASC raconte :

« Je m'adresse régulièrement à un jeune pour obtenir son soutien, lui offrant en échange un pourcentage de mes gains comme incitation. [...] Une fois que nous avons reçu notre paiement, je veille à honorer notre accord en lui offrant une récompense symbolique » (Extrait d'entretien avec ASC, Mango, février 2024).

Avant les transcriptions des données dans le Dish 2 par les sous-traitants, au moment de la collecte, les données sont inscrites dans les registres ou sur d'autres supports.

Cette situation de sous-traitance soulève des questions sur l'autonomie et l'efficacité des ASC sur le terrain, ainsi que sur la légitimité et la fiabilité des données collectées par des personnes non formées sur les questions de santé et les objectifs des opérations qu'ils effectuent.

La pratique décrite n'est pas une exclusivité des ASC. Souvent, les autorités sanitaires mobilisent les élèves et étudiants pour assister les ASC lors de certaines campagnes de santé publique telles que les campagnes MID et autres.

Leur implication est bénéfique en termes de soutien logistique et de collecte de données, mais elle soulève également des questions éthiques et pratiques quant à leur rôle dans le processus de prestation des soins de santé communautaire. Aux yeux de Peirot (2021), l'introduction du numérique dans le domaine de la santé peut créer une nouvelle forme de paternalisme numérique, où les décisions sont de plus en plus dictées par les technologies plutôt que par les professionnels de santé eux-mêmes. Cette situation est particulièrement préoccupante au Togo, où la formation des ASC sur le DHIS2 reste limitée et où beaucoup doivent s'en remettre à des tiers pour la saisie des données ou même pour les collecter dans le dispositif numérique, entre autres.

Sur le plan éthique, la question cruciale concerne la sécurisation des données personnelles se pose et l'absence d'un cadre réglementaire clair au Togo pour la gestion des données de santé pourrait poser des risques en matière de confidentialité et de protection des informations sensibles, surtout si elles sont manipulées par des non-professionnels. Or, l'OMS (2024 b) insiste sur l'importance de respecter les principes éthiques et les droits humains dans l'utilisation des technologies numériques en santé.

3.2. La complexe adaptation

Les difficultés relatives à l'introduction du DHIS2 et les solutions palliatives ou les « arts de faire » (de Certeau 1994) qui ont émergé permettent une certaine adaptation, mais préjudiciables au même moment.

Le rapport sur la Campagne MID 2023 souligne que les informations disponibles sur la plateforme DHIS2 communautaire comportent largement des erreurs. Ce même document remet en question la qualité des données recueillies (Rapport campagne MID, 2023). Les éléments empiriques engrangés lors de cette recherche sur les stratégies montrent leur complexité, leurs

précarités qui ne sont pas exemptes de conséquences sur les données produites. Ces observations corroborent d'une certaine manière les conclusions du rapport MID 2023 cité. Ces données sont censées a priori contribuer à la prise de décisions efficaces et efficaces. Leur « inexactitude » aura des répercussions sur les décisions qui seront prises sur la base de ces données. Au-delà de la prise de décisions, pour reprendre les données statistiques fiables, collectées conformément aux règles de bonnes pratiques sont essentielles pour mesurer une situation, les progrès accomplis ou l'évaluation d'interventions (Bonnet, 2016, p. 2). En l'absence de données de ce genre, il devient difficile d'évaluer l'efficacité des programmes de santé et d'identifier les domaines où des améliorations sont nécessaires. En dehors du Togo, la question de la qualité interroge aussi Bonnet (2016) pour qui effectivement, les données de qualité sont essentielles pour la planification des interventions en santé publique. Cependant, si elles sont erronées ou incomplètes dit l'auteur, elles peuvent fausser l'orientation des politiques sanitaires.

Conclusion

La transition vers la digitalisation des collectes de données de santé, notamment à travers l'utilisation du DHIS2 au niveau communautaire, peut paraître pouvoir offrir des facilités dans la production de données. On s'attendrait de fait, à une adaptation aux défis technologiques relatifs au maniement de l'application. Contre intuitivement la configuration de l'adaptation combine des ajustements économiques (par exemple le paiement des frais d'internet sur le dos de l'ASC), logistiques (rechercher par endroit la connexion internet pour envoyer les données par exemple), structurels en plus des défis technologiques et matériels, d'où elle tient sa complexité.

Ces adaptations sont co-construites à la fois avec l'Etat les partenaires techniques et financiers et les ASC eux-mêmes qui mettent en forme quotidiennement les « arts de faire ». Cette complexe adaptation des ASC a des effets sur la collecte des données qui en retour impact l'analyse des situations sanitaires et la prise de décision. Ceci pourrait œuvrer à contre-courant à la lutte contre le paludisme. Cet état de choses n'est pas à proprement parler lié à la volonté des ASC ni à leur capacité à produire des données, mais plutôt à la manière verticale dont la réforme a été introduite et à sa mise en œuvre. Cette réalité soutient l'idée largement partagée en anthropologie de la santé et en santé publique selon laquelle les systèmes de santé sont aussi tributaires des ressources matérielles et financières qu'humaines.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt lié à cet article

Références bibliographiques

- Andrianasolo, A. H., Raboanary, E., Mattern, C., Kesteman, T., Pourette, D., & Rogier, C. (2019). Practices and perceptions about mosquito control and environmental sanitation in Ankilivalo, a Malagasy village. *BMC Public Health*, 19(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6764-y>
- Affoukou, C., et al., 2024, « Impact de l'Introduction de l'Identifiant Unique sur les Indicateurs de Couverture Globale en Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier au Bénin », *Health Sciences and Disease*, 25(4). <https://doi.org/10.5281/hsd.v25i4.5549>
- Dahmani, A., « Les TIC : une chance pour l'Afrique ? », in Gabas, J.J., 2005, *Société numérique et développement en Afrique. Usages et politiques publiques*, Karthala.

- Al Dahdah, M., 2019a, « Digitalisation de la santé au Sud : Quand les firmes du numérique décident de l'accès au soin », *Mouvements*, 98(2), 120-132.
<https://doi.org/10.3917/mouv.098.0120>
- Al Dahdah, M., 2019b, « Les géants du numérique au chevet de l'Afrique. Le téléphone portable comme nouvel outil de santé globale », *Politique africaine*, 156(4), 101-119.
<https://doi.org/10.3917/polaf.156.0101>
- Al Meslamani, A., Z., 2023, "Technical and regulatory challenges of digital health implementation in developing countries" *Journal of Medical Economics*, 26(1), 1057-1060.
<https://doi.org/10.1080/13696998.2023.2249757>
- Atlani-Duault, L., 2009, *Au bonheur des autres. Anthropologie de l'aide humanitaire*, Paris, Armand Colin
- Bonnet, E., 2016, "Innover dans l'acquisition des données en Afrique », *Afrique contemporaine*, 258(2), 152-153. <https://doi.org/10.3917/afco.258.0152>
- Chauffour, J. (2020). La puissance du DHIS2 : Une contribution à une meilleure gestion des données grâce à un renforcement des compétences des parties prenantes en Côte d'Ivoire. *MEASURE Evaluation*
- Collins, T., E., et al., 2023, "The promise of digital health technologies for integrated care for maternal and child health and non-communicable diseases", *BMJ*, 381, e071074.
<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071074>
- Cowie, M., R., & Lam, C., S., P., 2021, "Remote monitoring and digital health tools in CVD management", *Nature Reviews Cardiology*, 18(7), 457-458.
<https://doi.org/10.1038/s41569-021-00548-x>
- Diallo, D., et al., 2020, *Intégration des données de routine et de surveillance du paludisme dans le système national d'information sanitaire du Mali : Acquis et meilleures pratiques*, Document de travail
- Doyle-Delgado, K., & Chamberlain, J., J., 2020, "Use of diabetes-related applications and digital health tools by people with diabetes and their health care providers", *Clinical Diabetes*, 38(5), 449-461. <https://doi.org/10.2337/cd20-0046>
- Machault V., Gadiaga L., Vignolles C., Jarjaval F., Bouzid S., Sokhna C., Lacaux J-P., Trape J-F., Rogier C., & Pagès F.
- Ministère de la Santé du Togo, 2009, *Politique nationale des interventions à base communautaires*, DSCPA.
- Ministère de la Santé du Togo, 2015, *Étude du marché de l'emploi du personnel de la santé au Togo : Analyse de la chaîne « formation-recrutement-déploiement*, République Togolaise.
- Olivier de Sardan, J.-P., et Ridde, V., 2014, *Une politique publique et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Karthala.
- Olivier de Sardan, J., 2021, *La revanche des contextes Des mésaventures en ingénierie sociale en Afrique et au-delà*, Karthala
- OMS, 1987, *L'agent de santé Communautaire, Guide pratique de formation*, Genève, Suisse.
- OMS, 2009, *Statistiques sanitaires mondiales 2009*. Genève: OMS World Health Organization (WHO)
- OMS, 2024 a, *Rapport mondial sur le paludisme 2024*, Genève : OMS. World Health Organization (WHO)
- OMS. 2024 b, *Rapport mondial sur la santé numérique*. Retrieved from apps.who.int Peirot, N., 2021, « Communications numériques en santé », *Revue de communication sociale et publique*, 32, <https://doi.org/10.4000/communiquer.8583>
- PNLP, 2022, *Rapport d'activités 2022*
- Ridde, V., 2004, « L'initiative de Bamako 15 ans après : Un agenda inachevé » *Discussion paper*. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

- Ridde, V., 2005, *Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest : le cas de l'initiative de Bamako au Burkina Faso*, Thèse de doctorat, Université de Laval
- Sagna, O., 2006, « La lutte contre la fracture numérique en Afrique : Aller au-delà de l'accès aux infrastructures » *Hermès*, 45(2), <https://doi.org/10.4267/2042/24030>

@ 2025 TCHALLA, 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)

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

Received, 13 November 2024

Accepted, 28 March 2025

Published, 30 March 2025

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

To cite : Savadogo et al. (2025). Fièvre prolongée chez l'enfant au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle de Ouagadougou (Burkina Faso). Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(1), 121-128. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.8>

Research

Fièvre prolongée chez l'enfant au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle de Ouagadougou (Burkina Faso)

Prolonged fever in children at the Pediatric University Hospital Charles-de-Gaulle in Ouagadougou (Burkina Faso)

Hamidou Savadogo^{1,2*}, Lassina Dao^{3,4}, Alain Saga Ouermi^{1,2}, Kpèrè Somé⁵, Diarra Yé^{4,5}.

¹Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, BP 36 Ouahigouya, Burkina Faso

²Unité de formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SS), Université Lédéa Bernard Ouédraogo, 01 BP 346 Ouahigouya 01

³Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo, 11 BP 104 CMS Ouagadougou 11

⁴Unité de formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), Université Joseph Ki-Zerbo, 01 BP 7021 Ouagadougou 01

⁵Service de Pédiatrie Médicale et Spécialités, Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle, 01 BP 1198 Ouagadougou, Burkina Faso

* Correspondance : hamidou.savadogo.chupcdg@gmail.com; Tél. : +226 61 06 93 05

Résumé

La fièvre est un signe fréquent en pédiatrie. La présente étude aborde la fièvre prolongée chez l'enfant au CHUP-CDG de Ouagadougou. Il s'est agi d'une étude transversale à collecte rétrospective qui s'est déroulée sur la période allant du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2020. Ont été inclus les enfants âgés d'un mois à 15 ans, ayant présenté une fièvre de plus de 7 jours consécutifs, et hospitalisés dans le service de la pédiatrie médicale durant la période de l'étude. Quarante-deux cas de fièvre prolongée ont été colligés, représentant 0,8% des hospitalisations. Il s'agissait de 60 garçons et 37 filles, soit un sex-ratio de 1,6. Les enfants d'un mois à 5 ans étaient les plus concernés (79,4%). La durée moyenne d'évolution de la fièvre était de 13,5 jours plus ou moins 10,5 jours (extrêmes 7 et 83 jours). Une cause infectieuse a été retrouvée dans 93,8% des cas. Dans 4,1% des cas, aucune cause n'a été retrouvée. L'évolution a été favorable chez 92 enfants (soit 94,9% des cas). Nous avons enregistré 4 décès soit 4,1% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10,9 jours plus ou moins 8,7 (extrêmes 2 et 50 jours). Les étiologies de fièvre prolongée restent dominées par les causes infectieuses. Acquérir des moyens de diagnostic rapide des infections virales pourrait améliorer la prise en charge rapide des patients dans notre contexte.

Mots clés : Fièvre prolongée - Enfant - CHUP-CDG - Ouagadougou – Afrique

Abstract

Fever is a common sign in paediatrics. This study examines prolonged fever in children at the Charles-de-Gaulle Paediatric University Hospital in Ouagadougou. It was a cross-sectional study with retrospective data collection that took place over the period from 1 January 2016 to 31 December 2020 (five years). Children aged between one month and 15 years were included, who had presented with a fever lasting more than 7 consecutive days, and who had been hospitalised in the paediatric medical service during the study period. Ninety-seven cases of prolonged fever were recorded, representing 0.8% of hospital admissions. There were 60 boys and 37 girls, giving a sex ratio 1.6. Children aged between one month and 5 years were most affected (79.4%). The average duration of the fever was 13.5 days plus or minus 10.5 days (extremes: 7 and 83 days). An infectious cause was found in 93.8% of cases. No cause was found in 4.1% of cases. The outcome was favourable in 92 children (94.9% of cases). We recorded 4 deaths (4.1% of cases). The average length of hospitalisation was 10.9 days plus or minus 8.7 (extremes 2 and 50 days). The aetiologies of prolonged fever continue to be dominated by infectious causes. Acquiring the means for rapid diagnosis of viral infections could improve the rapid management of patients in our context.

Keywords: Prolonged fever - Child - CHUP-CDG - Ouagadougou - Africa

1. Introduction

La fièvre est le signe le plus fréquent en milieu hospitalier pédiatrique. Elle peut durer de quelques jours à plusieurs semaines et inquiète souvent les parents (Dayal & Agarwal, 2016; Elshout et al., 2015). La fièvre chez l'enfant peut être causée par des infections banales, faciles à diagnostiquer. Cependant, dans certains cas, la recherche étiologique reste longtemps infructueuse ; on parle alors de fièvre d'origine inconnue, qui représente un véritable défi pour le praticien (Elshout et al., 2015; Hassan, Fouda, & Kandil, 2014; Kim, Kim, Kang, Kim, & Kim, 2017). Devant une fièvre prolongée, le risque d'infection bactérienne sévère est plus élevé justifiant une démarche diagnostique rigoureuse incluant l'examen clinique et des examens de laboratoire (Akpede & Akenzua, 2001; Nijman et al., 2023). Au Burkina Faso, les travaux sur la fièvre prolongée chez l'enfant sont rares. C'est pourquoi, nous avons conduit ce travail en vue de contribuer à améliorer la prise en charge de la fièvre prolongée chez l'enfant dans notre contexte.

2. Matériels et méthodes

2.1. Cadre de l'étude

L'étude a été menée dans le service de la pédiatrie médicale du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle (CHUP-CDG) de Ouagadougou au Burkina Faso. Le CHUP-CDG est l'un des quatre CHU de la ville de Ouagadougou ; il assure la prise en charge des pathologies médicales et chirurgicales chez l'enfant. Il reçoit des subventions de l'Etat pour son fonctionnement mais reste limité en termes d'équipements et de moyens diagnostiques.

2.2. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude rétrospective sur la période allant du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2020 soit cinq ans. La population d'étude était constituée des enfants de 1 mois à 15 ans hospitalisés dans le service de pédiatrie médicale durant la période de l'étude. Ont été inclus, tous les patients ayant présenté une fièvre de plus de sept jours consécutifs avant l'admission, quelle qu'en soit l'étiologie.

2.3. Collecte et analyse des données

Les données ont été recueillies à l'aide de fiches de collecte comportant des variables sociodémographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives. Les sources de données étaient les dossiers cliniques des patients et les registres d'hospitalisation. Ces supports ont été consultés afin de répertorier tous les cas de fièvre prolongée pris en charge dans le service durant la période d'étude. Ainsi, 97 dossiers cliniques exploitables ont été retenus. Les données collectées ont été saisies et analysées sur un ordinateur à l'aide du logiciel Epi info dans sa version 7.2.2.6.

2.4. Considérations éthiques

L'étude a été menée après obtention d'une autorisation de la Directrice Générale du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle ainsi que du chef de service de la pédiatrie médicale et dans le respect du secret médical.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Quatre-vingt-dix-sept (97) patients ont été inclus dans l'étude, soit une fréquence hospitalière de 19,4 cas par an. Ces patients représentaient 0,8% de l'ensemble des patients hospitalisés ($n = 12161$) dans le service de la pédiatrie médicale durant la période de l'étude. L'âge moyen de nos patients était de $42,4 \text{ mois} \pm 43,9$ avec des extrêmes de 1 et 180 mois. Les enfants âgés d'un mois à 5 ans (77 patients) représentaient 79,4% des cas. Il s'agissait de 60 garçons (61,9%) et 37 filles (38,1%), soit un sex-ratio de 1,6. Soixante-sept pourcent des patients ($n = 65$) résidaient en milieu urbain. Les enfants de pères commerçants ($n = 30$) et ceux dont les mères étaient femmes au foyer ($n = 62$) représentaient respectivement 30,9% et 63,9% des cas.

3.2. Signes cliniques

La durée moyenne d'évolution de la fièvre était de $13,5 \pm 10,5$ jours avec des extrêmes de 7 et 83 jours. Le tableau 1 montre la répartition des patients selon la durée d'évolution de la fièvre.

Tableau 1 : Répartition des patients selon la durée d'évolution de la fièvre ($n = 97$).

Durée d'évolution de la fièvre (jours)	Fréquence	Pourcentage
]7 - 14]	58	59,8
]14 - 21]	27	27,8
≥ 21	12	12,4
Total	97	100

Source : service de l'information, de l'épidémiologie et de la recherche du CHUP-CDG

Sur le plan des signes fonctionnels, il s'agissait de signes respiratoires dans 50,5% (toux, douleurs thoraciques, dyspnée).

L'état général était altéré chez 28 patients soit 28,9% des cas. Les signes physiques à l'admission sont illustrés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Répartition des patients selon les signes physiques à l'admission

Signes physiques	Fréquence	Pourcentage
Râles crépitants	37	38,1
Hépatomégalie	21	21,7
Splénomégalie	18	18,6
Douleur abdominale à la palpation	16	16,5
Détresse respiratoire	14	14,4
Râles ronflants	12	12,4
Tympan inflammatoire	5	5,2
Diminution du murmure vésiculaire	4	4,1
Oropharynx inflammatoire	4	4,1
Adénopathies	3	3,1
Raideur méningée	2	2,1
Souffle cardiaque	2	2,1
Convulsions	2	2,1

Source : service de l'information, de l'épidémiologie et de la recherche du CHUP-CDG

3.3. Signes paracliniques

3.3.1. Signes biologiques

A l'hémogramme, la moyenne du taux d'hémoglobine était de $7,8\text{g/dL} \pm 2,65$ avec des extrêmes de 2,7 et $12,5\text{g/dL}$. La moyenne des plaquettes était de $290414,5 \pm 181751,2$ avec des extrêmes de 19000 à $615213/\text{mm}^3$ et celle des leucocytes était de $17048/\text{mm}^3 \pm 17883,4$ avec des extrêmes de 2000 et $160100/\text{mm}^3$.

Tableau 3 : Répartition des patients selon les anomalies de l'hémogramme.

Anomalies	Fréquence	Pourcentage
Anémie modérée	58	59,8
Anémie sévère	36	37,1
Hyperleucocytose	59	60,8
Leucopénie	7	7,2
Thrombocytose	3	3,1
Thrombopénie	2	2,1

Source : service de l'information, de l'épidémiologie et de la recherche du CHUP-CDG

Plusieurs anomalies pouvaient être associées chez un même patient.

Sur le plan des examens biochimiques, la moyenne de l'urée était de $5,4 \pm 8,6$ mmol/L avec des extrêmes de 0,9 et 50 mmol/L. La moyenne de la créatininémie était de $70 \pm 128,7$ $\mu\text{mol/L}$ avec des extrêmes de 11,6 et 983 $\mu\text{mol/L}$. La moyenne de la C-Réactive Protéine (CRP) était de $71,20 \pm 93,2$ mg/L avec des extrêmes de 0 et 500 mg/L et celle de la glycémie était de $5 \pm 1,7$ mmol/L avec des extrêmes de 1,2 et 12,9 mmol/L.

3.3.2. Signes radiologiques

La radiographie du thorax a été réalisée chez 61 patients, soit 62,9% des cas. Elle était normale chez 21 patients, soit 21,6% des cas. Elle a retrouvé des lésions de pneumopathie chez 21 patients

(21,6%), une bronchopathie chez six patients soit 6,2% et une bronchopneumopathie chez cinq patients soit 5,2% des cas.

L'échographie abdominale a été réalisée chez 32 patients, soit 32,9% des cas. Elle était normale chez 15 patients, soit 15,5% des cas. Les anomalies retrouvées à l'échographie étaient une hépatosplénomégalie homogène chez six patients (6,2% des cas) et une hépatomégalie homogène chez quatre patients soit 4,1% des cas.

Le scanner cérébral a été réalisé chez deux patients, soit 2,1 % des cas et a montré une atrophie cortico sous corticale chez ces deux patients.

3.4. Diagnostic étiologique

Les étiologies étaient infectieuses dans 93,8% des cas (tableau 4). Aucune cause n'a été retrouvée dans 4,1% des cas.

Tableau 4 : Répartition des patients selon les pathologies diagnostiquées.

Diagnostic positif	Effectifs	Pourcentage
Pneumopathie	30	30,9
Paludisme	25	25,7
Infection ORL	8	8,2
Infection urinaire	7	7,2
Infection digestive	3	3,1
Dengue	3	3,1
Tuberculose	3	3,1
Infection à VIH	3	3,1
Glomérulonéphrite aiguë	2	2,1
Leucémie aiguë	2	2,1
Cardiopathie (Rhumatismale + péricardite)	2	2,1
Sepsis	2	2,1
Hépatite aiguë	1	1,0
Méningite aiguë	1	1,0
Pyélonéphrite aiguë	1	1,0

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie ; VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

Source : service de l'information, de l'épidémiologie et de la recherche du CHUP-CDG

4. Discussion

4.1. Caractéristiques sociodémographiques

La fréquence hospitalière de la fièvre prolongée était de 19,4 cas par an dans notre étude. Cette fréquence est sans doute sous-estimée au regard de l'incomplétude des renseignements cliniques ayant conduit à ne pas retenir certains dossiers. L'âge moyen de nos patients était de 42,4mois $\pm$ 43,9 avec des extrêmes de 1 et 180 mois. Les enfants âgés de moins de 5 ans représentaient 79,4% des cas. Cela pourrait s'expliquer par la faiblesse du système immunitaire chez les enfants de moins de 5 ans face aux agressions infectieuses. En effet, le système immunitaire se développe

activement tout au long des cinq premières années de vie (Teran et al., 2011). Bah a trouvé, dans une étude menée à Ségou sur la morbidité et la mortalité en pédiatrie, une prédominance des enfants de moins de 5 ans, dans 70,1% des cas (Bah, 2021).

La prédominance masculine trouvée dans notre étude (sex-ratio = 1,6) a également été rapportée par Bah, ainsi que Doumbia et coll. au Mali (Bah, 2021; Doumbia et al., 2016).

4.2. Signes cliniques et paracliniques

Les signes cliniques et paracliniques (biologiques et radiologiques) répertoriés dans l'étude permettent d'évaluer la gravité du tableau clinique et orienter la prise en charge thérapeutique. La durée moyenne d'évolution de la fièvre était de $13,5 \pm 10,5$ jours dans notre étude. Elshout et coll. ont montré que les douleurs à la gorge et les ganglions lymphatiques palpables sont des facteurs prédictifs d'une durée prolongée de la fièvre (Elshout et al., 2015).

Les signes cliniques dans notre étude étaient dominés par les signes respiratoires. Cela pourrait s'expliquer le fait que les infections respiratoires (pneumopathies) étaient les principales causes de fièvre prolongée dans l'étude. Les signes respiratoires peuvent aussi être en rapport avec le paludisme grave.

Au plan paraclinique, 37,1% de nos patients et 60,8% avaient respectivement une anémie sévère et une hyperleucocytose. Ces anomalies pourraient s'expliquer par le paludisme grave (anémie sévère) et les infections bactériennes ou virales qui étaient les principales causes de fièvre prolongée dans notre étude. La radiographie thoracique a permis de confirmer les infections pulmonaires.

4.3. Diagnostic étiologique

Les étiologies de la fièvre prolongée étaient infectieuses dans 93,8% des cas dans notre étude. Des auteurs suisses soulignent que les causes infectieuses représentent plus de moitié des causes de fièvre prolongée chez l'enfant (Rohr & Wagner, 2018). Akpede et Akenzua au Nigéria ont rapporté une prédominance des causes infectieuses (34% des cas) dans leur étude avec les méningites bactériennes et les infections du tractus urinaire comme principales causes infectieuses (Akpede & Akenzua, 2001). Dans notre série, les infections pulmonaires et le paludisme étaient les principales causes infectieuses de la fièvre prolongée. Une fièvre prolongée chez l'enfant dans notre contexte doit alors faire rechercher en premier lieu une origine infectieuse. Selon Marshall, dans la moitié des cas, aucune cause n'est mise en évidence devant une fièvre prolongée chez l'enfant. Les fièvres irrégulières, intermittentes et récurrentes chez l'enfant apparemment sain, sont probablement dues à des maladies virales séquentielles (Marshall, 2014). Dans la recherche étiologique, la CRP et la procalcitonine sont utiles pour orienter vers l'origine bactérienne de la fièvre (Nijman et al., 2014). En dehors des infections, la fièvre prolongée chez l'enfant peut avoir une cause inflammatoire ou tumorale (Akpede & Akenzua, 2001; Ryan, 2024). Des causes encore plus rares ont été rapportées dans la littérature, notamment les troubles démyélinisants associés aux anticorps de la myéline oligodendrocyte glycoprotéine (Udani, Badheka, & Desai, 2021). Dans notre étude, aucune cause n'a été retrouvée dans 4,1% des cas. Il pourrait s'agir d'une fièvre de type Q dont la survenue est possible chez l'enfant (Rohr & Wagner, 2018) mais nous ne sommes pas en mesure d'établir un tel diagnostic dans notre contexte.

4.4. Limites de l'étude

Notre étude a connu certaines limites notamment l'incomplétude des données dans certains dossiers cliniques et l'insuffisance des moyens diagnostiques en matière d'infections bactériennes ou virales (peu de sérologies et/ou de recherches virales par Polymerase Chain Reaction réalisables dans notre contexte).

Conclusion

La fièvre prolongée de l'enfant est relativement fréquente dans notre contexte. Les enfants de moins de cinq ans étaient les plus touchés avec une prédominance masculine. Les étiologies infectieuses étaient les plus fréquentes, dominées par les pneumopathies aiguës et le paludisme. Le pronostic était le plus souvent favorable. Cette étude, bien que rétrospective, aura permis d'apporter un éclairage sur la fièvre prolongée chez l'enfant dans le service de pédiatrie médicale du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle de Ouagadougou. Une étude prospective multicentrique pourrait permettre de mieux étayer le sujet dans notre contexte.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Références bibliographiques

- Akpede, G. O., & Akenzua, G. I. (2001). Management of children with prolonged fever of unknown origin and difficulties in the management of fever of unknown origin in children in developing countries. *Paediatric Drugs*, 3(4), 247–262.
- Bah, A. (2021). Morbidité et mortalité des enfants au service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. *Mali Santé Publique*, 1, 81–84.
- Dayal, R., & Agarwal, D. (2016). Fever in Children and Fever of Unknown Origin. *Indian Journal of Pediatrics*, 83(1), 38–43.
- Doumbia, A., Togo, B., Togo, P., Traore, F., Coulibaly, O., Dembele, A., ... Sylla, M. (2016). Morbidité et mortalité chez les enfants de 01 à 59 mois hospitalisés au service de pédiatrie générale du CHU Gabriel Touré de janvier à décembre 2013. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie*, 8, 54-62.
- Elshout, G., Kool, M., Bohnen, A. M., Koes, B. W., Moll, H. A., & Berger, M. Y. (2015). Predicting prolonged duration of fever in children: A cohort study in primary care. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 65(638), e578-584.
- Hassan, R. H., Fouda, A. E., & Kandil, S. M. (2014). Fever of Unknown Origin in Children: A 6 year- Experience in a Tertiary Pediatric Egyptian Hospital. *International Journal of Health Sciences*, 8(1), 13–19.
- Kim, Y.-S., Kim, K.-R., Kang, J.-M., Kim, J.-M., & Kim, Y.-J. (2017). Etiology and clinical characteristics of fever of unknown origin in children: A 15-year experience in a single center. *Korean Journal of Pediatrics*, 60(3), 77–85.
- Marshall, G. S. (2014). Prolonged and recurrent fevers in children. *The Journal of Infection*, 68 Suppl 1, S83-93.
- Nijman, R. G., Moll, H. A., Smit, F. J., Gervais, A., Weerkamp, F., Vergouwe, Y., ... Oostenbrink, R. (2014). C-reactive protein, procalcitonin and the lab-score for detecting serious bacterial infections in febrile children at the emergency department: A prospective observational study. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 33(11), e273-279.
- Nijman, R. G., Tan, C. D., Hagedoorn, N. N., Nieboer, D., Herberg, J. A., Balode, A., ... PERFORM consortium. (2023). Are children with prolonged fever at a higher risk for serious illness? A prospective observational study. *Archives of Disease in Childhood*, 108(8), 632–639.
- Rohr, M., & Wagner, N. (2018). Fièvres prolongées d'origine infectieuse chez l'enfant. *Revue Médicale Suisse*, 14(594), 362–365.

- Ryan, K. (2024). Fever of Unknown Origin. *The Medical Clinics of North America*, 108(1), 79–92.
- Teran, R., Mitre, E., Vaca, M., Erazo, S., Oviedo, G., Hübner, M. P., ... Cooper, P. J. (2011). Immune system development during early childhood in tropical Latin America: Evidence for the age-dependent down regulation of the innate immune response. *Clinical Immunology*, 138(3):299-310.
- Udani, V., Badheka, R., & Desai, N. (2021). Prolonged Fever: An Atypical Presentation in MOG Antibody-Associated Disorders. *Pediatric Neurology*, 122, 1–6.

@ 2025 SAVADOGO, 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 juridiques dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 17 January 2025
Accepted, 25 March 2025
Published, 31 March 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite : Dembele et al. (2025). Analyse des effets néfastes de la culture du cotonnier sur l'environnement dans le cercle de Kita. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(1), 129-146. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.9>

Research

Analyse des effets néfastes de la culture du cotonnier sur l'environnement dans le cercle de Kita

Analysis of the harmful effects of cotton cultivation on the environment in the Kita district

Boubacar Sidiki DEMBELE^{1*}, Famagan-Oulé KONATE², Abdoukadi Oumarou TOURE³, Mamadou S. DIALLO⁴

¹ Laboratoire de Recherche Espace Société et Développement « LaRESD » de l'Université DELTA-C Bamako, Mali,

² Responsable du Laboratoire de Recherche Espace Société et Développement « LaRESD » de l'Université DELTA-C Bamako, Mali,

³ Faculté d'Histoire et de Géographie, Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB), Mali.

⁴ Laboratoire de Recherche Espace Société et Développement « LaRESD » de l'Université DELTA-C Bamako, Mali,

* **Correspondance** : boubacarsdembele@gmail.com, Tel : +223 66 73 15 38.

Résumé

Cette étude a examiné les effets néfastes de la culture du cotonnier sur l'environnement dans le cercle de Kita. La méthodologie s'est appuyée sur la revue de la littérature, l'analyse spatiale, la réalisation d'une enquête par questionnaire qui a porté sur un échantillon aléatoire de 320 chefs d'unité de production. L'étude a révélé que la production de coton est principalement masculine, représentant 98,8 % des producteurs, et elle est largement dominée par des individus âgés de 40 ans et plus. Entre 2002 et 2022, le paysage agricole a connu des transformations significatives : l'urbanisation a enregistré une progression notable, particulièrement à Senko, avec une augmentation de 137,2 %. Les points d'eau ont connu une réduction drastique, tant à Niantasso (-435,6 %) qu'à Sirakoro (-588,3 %). La végétation a également reculé dans trois communes, à l'exception de Senko qui a vu une hausse de 24,4 %. Concernant les surfaces agricoles, la croissance a été majoritaire dans trois communes sur quatre. Près de la moitié des agriculteurs, soit 47,5 %, constatent une diminution de la fertilité des sols. 68,1 % des ménages reconnaissent l'impact néfaste des produits chimiques sur cette fertilité. Les effets des produits chimiques portent également atteinte aux ressources en eau, affectant les eaux de surface pour 56,0 % des répondants et les eaux souterraines pour 45,0 %. Afin de réduire ces risques, il est bénéfique d'adopter des pratiques agroécologiques et de cultiver du coton biologique.

Mots clés : Cotonnier, Eaux et sol, Biodiversité, Environnement, Produits chimique, Kita

Abstract

This study examined the adverse effects of cotton growing on the environment in the Kita circle. The methodology was based on a literature review, spatial analysis and a questionnaire survey involving a random sample of 320 heads of production units. The study revealed that cotton

production is predominantly male, representing 98.8% of producers, and is largely dominated by individuals aged 40 and over. Between 2002 and 2022, the agricultural landscape underwent significant transformations: urbanization increased significantly, particularly in Senko, with an increase of 137.2%. Water points have been drastically reduced, both in Niantasso (-435.6%) and Sirakoro (-588.3%). Vegetation also declined in three communes, except for Senko, which saw an increase of 24.4%. As far as agricultural land is concerned, three out of four communes have seen growth. Nearly half of farmers (47.5%) report a decline in soil fertility. 68.1% of households recognize the harmful impact of chemicals on soil fertility. The effects of chemicals also affect water resources, affecting surface water for 56.0% of respondents and groundwater for 45.0%. To reduce these risks, adopting agroecological practices and growing organic cotton is beneficial.

Keywords: Cotton, Water and soil, Biodiversity, Environment, Chemicals, Kita.

1. Introduction

La culture du coton joue un rôle majeur dans l'économie du Mali, offrant un revenu essentiel à de nombreux foyers en milieu rural. Le Mali est l'un des principaux producteurs de coton en Afrique de l'Ouest, avec une augmentation constante de sa production chaque année. Le Mali est devenu le premier pays producteur de coton en Afrique en 2018. Le coton est la principale culture commerciale du pays et fournit des moyens de subsistance à plus de 4 millions de personnes. Il est cultivé essentiellement dans les régions du Sud et Sud-Est (Sikasso-Koutiala, Koulikoro). Pourtant, l'extension rapide de la production de coton depuis les années 1980 s'est accompagnée d'un déclin tout aussi rapide du prix du coton (le prix au kilo a diminué de 70% sur la même période). La pandémie du Covid-19 et ses répercussions économiques ont affecté la production mondiale de coton, et donc celle du Mali. La production de coton a chuté de 70%, passant de 710 000 tonnes en 2019/2020 à 200 000 l'année suivante et impactant de fait les revenus des ménages producteurs de coton, (OIT, 2022, p.2). Toutefois, cette forte production agricole entraîne des conséquences importantes sur l'environnement, notamment en ce qui concerne la détérioration du sol, la diminution de la biodiversité et la contamination des ressources en eau. D'après les recherches menées par A., Djibril, (2017, p.42-54), les techniques agricoles intensives et l'emploi de produits chimiques entraînent l'épuisement des terres et mettent en danger les écosystèmes locaux, qui sont déjà exposés aux changements climatiques et à la désertification croissante. D'après les recherches menées par M.M., Toure, *et al.*, (2024, p.9), la culture du coton au Bénin a un impact considérable sur l'environnement en épuisant les sols, en aggravant l'érosion et en accélérant la déforestation et la désertification, notamment à Kandi. L'utilisation d'engrais artificiels et la croissance des terres agricoles mettent en danger l'équilibre écologique, ce qui nécessite une révision immédiate des pratiques agricoles.

L'agriculture monoculture, c'est-à-dire la culture d'une seule espèce sur de vastes surfaces, a un effet important sur la biodiversité et les ressources naturelles. Cette diminution des habitats entraîne une réduction des espèces végétales et animales (Altieri, 1999, p.19-31). Les ravageurs et la dénutrition des sols sont causés par cette méthode (Tilman, D., *et al.*, 2002, p. 671-677 ; R., Lal, 2004, p. 1623-1627). L'absence de diversité végétale accentue l'érosion des sols et limite les ressources pour les pollinisateurs comme les abeilles (Potts, S. G., *et al.*, 2010).

Le coton est cultivé dans la partie méridionale du Mali (régions de Sikasso, Koutiala, Bougouni, etc.) ainsi que dans la partie sud-ouest (région de Kita). Il s'agit des régions où l'agriculture pluviale présente le plus grand potentiel du pays. O., De Bock, *et al.*, (2010, p.10).

Dans cette partie du Mali, les ressources naturelles qui sont à la base des systèmes de production sont exposées au stress hydrique (sécheresse ou humidité excessive), ainsi qu'à de fortes pressions anthropiques, ce qui entraîne leur dégradation. Dans le cercle de Kita, les communes de Koulou, Kokofata, Gadougou 1 et Gadougou 2 sont caractérisées par des forêts ouvertes avec des espèces

telles que *Bitupiresnum parkii*, *Parka biglobosa*, *Andasonia digitata*, *Nauclea esculenta*, *Terminalia macroptera* et *Ziziphus mauritiana*.

Plusieurs études ont souligné les conséquences environnementales de la culture du coton au Mali. Selon M., Dembélé, *et al.*, (2019, p. 45-57), il est courant de rencontrer des problèmes d'érosion des sols et de réduction de la fertilité dans les zones de culture intensive du coton. Dans son rapport national sur les pesticides très dangereux, le PAN Mali, (2021, p.28-30), met en évidence les dangers de contamination des sols et des nappes souterraines par les pesticides utilisés dans la production de coton au Mali.

Les conséquences néfastes mentionnées précédemment ne font pas l'objet d'études approfondies dans le cercle de Kita. Nous présentons une étude intitulée : « Analyse des effets néfastes de la culture du cotonnier sur l'environnement dans le cercle de Kita ». La question générale de la recherche est : qu'en est-il des effets néfastes de la culture du cotonnier sur l'environnement dans le cercle de Kita ? Les questions opérationnelles sont :

- quel est le profil sociologique des producteurs de coton dans le cercle de Kita ?
- quelle est la dynamique du milieu des communes du cercle de Kita ciblées par l'étude entre 2002 et 2022 ?
- quels sont les effets néfastes de la culture du cotonnier sur l'évolution de la fertilité des sols, les ressources en eau et la biodiversité végétale ?

L'objectif général de cette étude est d'analyser les effets néfastes de la culture du cotonnier sur l'environnement dans le cercle de Kita au Mali

Les objectifs opérationnels de la recherche visent à :

- caractériser le profil sociologique des producteurs de coton dans le cercle de Kita ;
- examiner la dynamique du milieu des communes du cercle de Kita ciblées par l'étude entre 2002 et 2022 ;
- analyser les effets néfastes de la culture du cotonnier sur l'évolution de la fertilité des sols, les ressources en eau et la biodiversité végétale .

L'hypothèse générale qui sous-tend cette recherche est que la culture du cotonnier a entraîné une transformation du paysage agricole et une dégradation des ressources environnementales dans le cercle de Kita.

Les hypothèses opérationnelles sont :

- les producteurs de coton des cercles de Kita et Koutiala appartiennent à différents profils sociologiques ;
- l'étude des photos satellitaires, de 2002 à 2022, montre la transformation du paysage agricole relative aux habitations, aux points d'eau, aux terres nues, à la végétation naturelle et superficie agricole ;
- l'utilisation abusive des engrais chimiques et des pesticides par les producteurs a entraîné la baisse de fertilité des sols, leur contamination, la dégradation des ressources en eau et la perte de la diversité végétale.

La première section de cette recherche aborde l'approche méthodologique, la deuxième rubrique traite des résultats et la dernière section est consacrée à la discussion de ces derniers.

2. Matériel et méthodes

La méthodologie est basée sur trois approches : le choix de la zone d'étude, l'analyse spatiale et l'enquête socioéconomique auprès des chefs d'unité de production agricole.

2.1. Zone d'étude

La zone géographique de cette étude est le cercle de Kita avec une superficie globale de 35 250 km² pour une population estimée à 681 671 habitants (Ministère de l'Economie et du Plan, (2023, p. 30) et composée majoritairement de : Malinké, mais on y trouve aussi des Peuls, Bambara, Soninké, Diawambé, Kakolo, Kassonkhé, Maure, Bozo etc.

Le Cercle est composé de 32 communes rurales, une commune urbaine et un conseil de cercle., Sur l'année, la température moyenne à Kita-cercle est de 28,5 °C. Le climat est de type soudanien, avec une pluviométrie dépassant les 800mm par an. Le relief est accidenté, parsemé de hauteurs résiduelles. La végétation est diversifiée lorsqu'on quitte le nord vers le sud du cercle. Elle est composée de savane arborée, boisée et de forêt galerie. La zone a une économie à vocation agro-sylvo-pastorale. Les systèmes de production reposent sur l'exploitation extensive des ressources naturelles par différentes techniques.

2.2. Analyse spatiale

L'analyse spatiale a consisté à exploiter des images satellitaires Landsat ETM+2002 et OLITIRS 2022 pour visualiser la dynamique du milieu par rapport à l'évolution des superficies des différentes formations végétales et celle de l'occupation des terres. Le protocole d'analyse se résume essentiellement en une différenciation des unités par une classification dirigée et une composition colorée à l'aide des logiciels Geomatica 8.2 de PCI. Ensuite, nous avons procédé à la numérisation et l'élaboration des cartes à partir de ArcGis 9.2.

La dynamique de chaque classe d'occupation du sol a été évaluée selon la méthode proposée par B. Bernier en 1992. Selon cette approche, il s'agit d'apprécier le pourcentage d'évolution $E(i, k)$ des superficies des différentes unités d'occupation du sol. Si l'on considère la superficie d'une classe d'occupation pour l'année i , notée S_i , et celle de l'année k , où k est supérieur à i , le calcul de $E(i, k)$ s'effectue de la manière suivante :

$$E(i, k) = \frac{S_k - S_i}{S_i} \times 100$$

Si $E(i, k) = 0$, alors cette unité d'occupation du sol est stable ;

Si $E(i, k) < 0$, on conclut qu'il y a régression de cette unité ;

Si $E(i, k) > 0$, alors il y a progression ou extension pour cette unité.

Afin de pouvoir apprécier l'évolution des différents types d'occupation du sol entre les deux dates, cet indice est calculé pour tous les types d'occupation du sol.

2.3. Enquête socioéconomique

L'enquête socioéconomique a porté sur le choix des communes, l'échantillonnage et la collecte des données.

2.3.1. Choix des communes enquêtées

Le choix des communes enquêtées a été fait par la méthode de l'approche participative (Participatory Rural Appraisal, PRA) de (Zaid, 2015, In M., Dembélé, *et al.*, (2021, p. 1-19). Cette méthode participative consiste à avoir une information précise sur les communes à enquêter en raison des effets de la culture du cotonnier sur l'environnement. C'est ainsi que des sorties exploratoires avec l'apport des services techniques déconcentrés de l'Etat et les organisations des producteurs de coton ont été effectuées dans le cercle de Kita. Cette méthode participative a permis

d'identifier et d'apprécier quatre communes en raison des effets de la culture du cotonnier sur l'environnement. Les communes retenues Sirakoro, Senso, Niantasso et Djidian. (Figure 1).

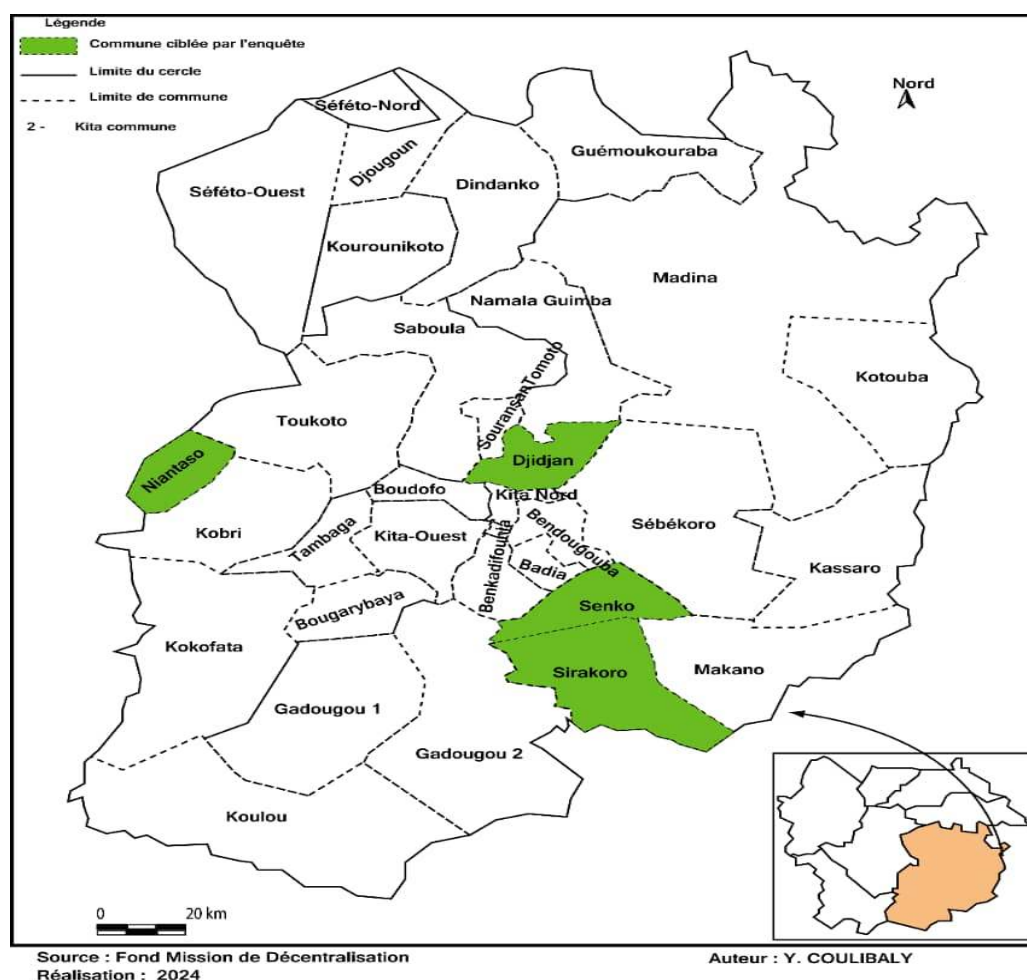


Figure 1 : Carte 1 de localisation des communes enquêtées

2.3.2. Échantillonnage et collecte des données

Le recensement exhaustif des producteurs de coton a été effectué dans un premier temps dans chacun des villages retenus. Ensuite un tirage aléatoire simple a été effectué en vue de retenir 20 concessions dans chaque village ou le chef de l'unité de production de la concession a été enquêté. Ce qui a permis d'avoir un échantillon de taille $N=320$ producteurs à enquêter.

$$N=4 \times 4 \times 20 \times 1 = 320$$

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire préétabli, les entretiens ont été individuels et basés sur le consentement des enquêtés. Ce questionnaire semi-structuré prend en compte la situation socio-économique de l'enquêté, son opinion sur les effets de la culture du coton sur le sol, les eaux et la biodiversité.

3. Résultats

Les résultats obtenus au cours de cette étude sont regroupés et interprétés à ~~enq~~ trois niveaux : les caractéristiques sociodémographiques des producteurs, la transformation du paysage agricole, les effets de la culture du cotonnier sur l'évolution de la fertilité des sols, les ressources en eau et la biodiversité végétale.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des chefs d'unité de production

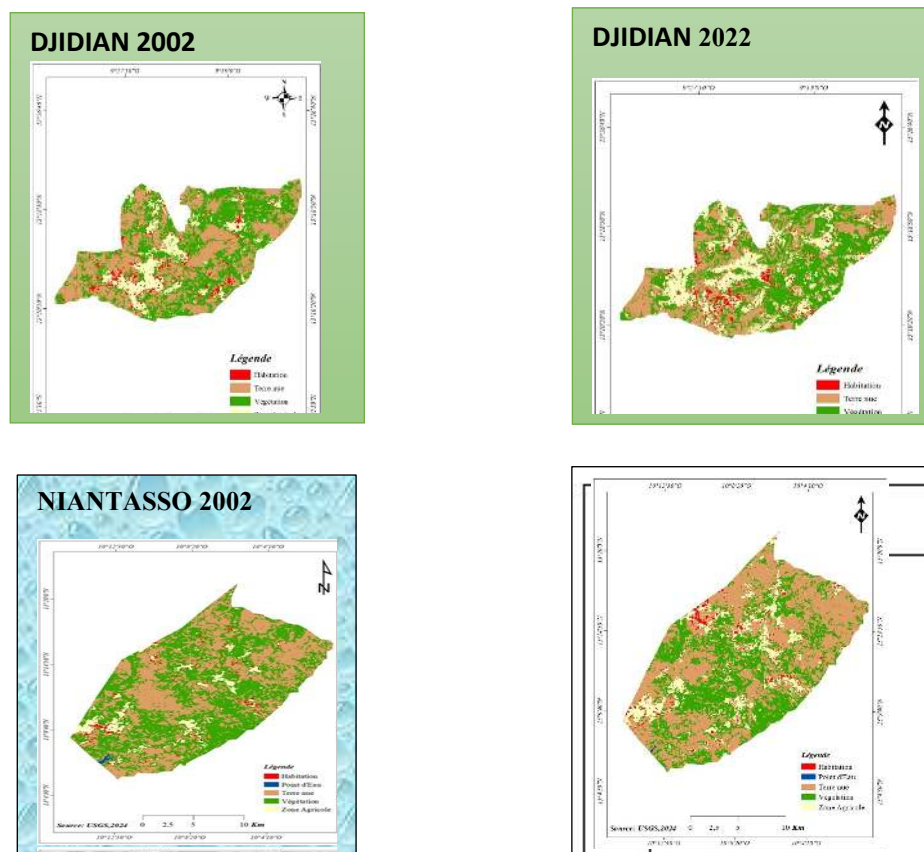
La répartition des producteurs par sexe révèle ainsi une majorité masculine avec 316 sur 320, soit 98,8 %, tandis que la part des femmes dans la production de la culture du coton est très faible, avec seulement 1,2 %. En termes de répartition par âge, les producteurs de coton sont dominés par les personnes âgées de 40 ans et plus (62,8 %). Notamment, l'enquête n'a pas révélé la présence d'enfants dans les champs de coton des zones étudiées. Selon les résultats de l'enquête sur le niveau d'éducation, une forte proportion des producteurs (63,5%) sont analphabètes, alors que seulement 36,5% des producteurs sont alphabétisés.

3.2. Dynamique du milieu des communes ciblées par l'étude entre 2002 et 2022

Selon l'étude des photos satellitaires, (figures 2) et l'examen de la figure 3, de 2002 à 2022, la transformation du paysage agricole est fortement influencée par cinq facteurs : le développement des habitations, les points d'eau, les terres nues, la végétation naturelle et la superficie agricole. Entre 2002 et 2022, la superficie habitable a augmenté de 1 851,69 ha à 2 270,84 ha, de 758,41 ha à 767,07 ha, de 996,85 ha à 2 364,70 ha et de 3 010,19 ha à 3 047,81 ha à Djidian, Niantasso, Senko et Sirakoro.

Au cours de la même période, les communes de Niantasso et de Sirakoro ont connu une diminution des points d'eau, passant de 73,8 ha à 16,9 ha et de 761,4 ha à 129,4 ha. Par contre à Senko, ils ont augmenté de 31 ha à 48,5 ha. Aucun point d'eau n'a été identifié dans la commune de Djidian.

En ce qui concerne les terres nues, elles ont diminué sur les sites de Djidian et Senko, passant respectivement de 18 038,53 ha à 14 155,48 ha et 17 579,63 ha à 9 053,09 ha.



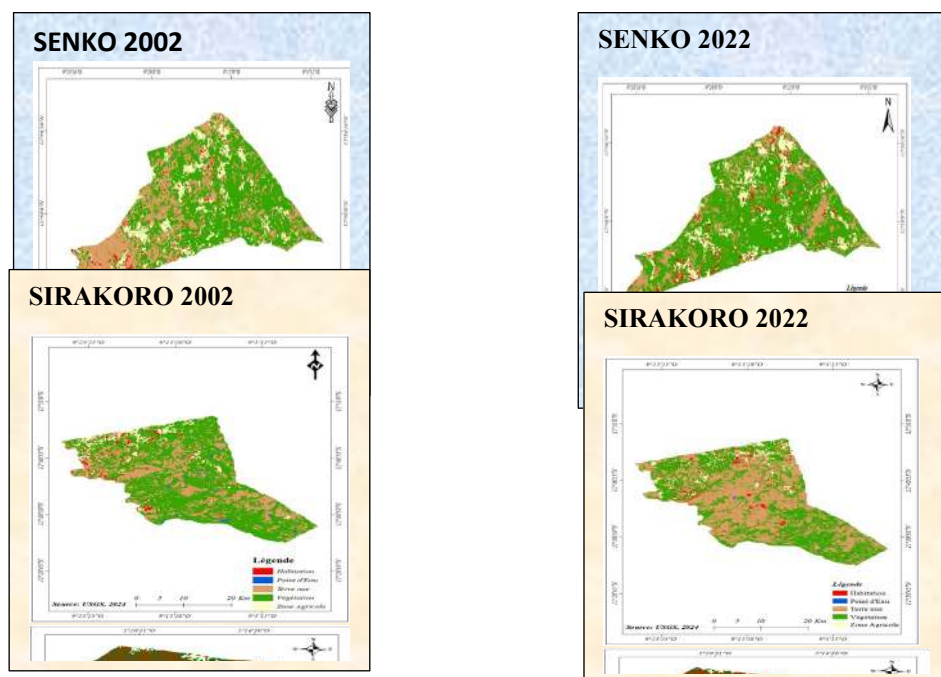


Figure 2 : Carte de dynamique d'occupation des terres dans les communes ciblées par l'enquête (entre 2002 et 2022)

Source : Equipe de recherche, 2024.

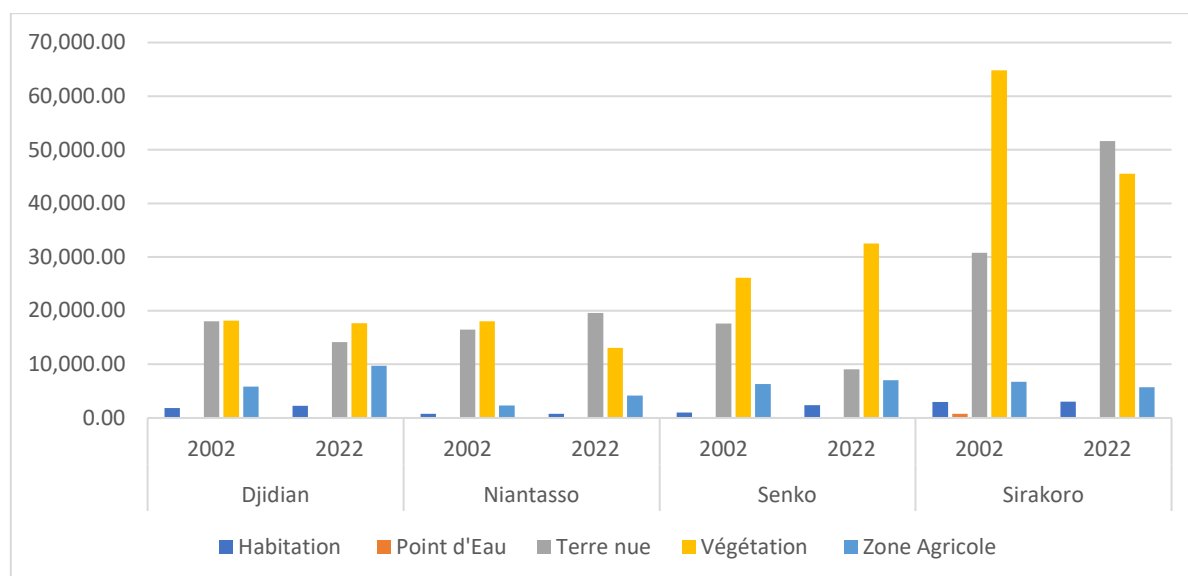


Figure 3 : Evolution des superficies (en ha) des unités ciblées entre 2002 et 2022

Source : Equipe de recherche, 2024

Cependant, elles ont augmenté sur les deux autres sites Niantasso et Sirakoro, avec des superficies variant de 16 448,44 ha à 19 599,07 ha et 30 774,39 ha à 51 631,79 ha.

Sur le plan végétation, les superficies ont diminué dans trois communes : Djidian, Niantasso et Sirakoro, avec des variations de 18 134,08 ha à 17 670,68 ha ; 18 021,06 ha à 13 052,82 ha et 64 807,17 ha à 45 550,17 ha respectifs. D'autre part, à Senko, la superficie végétale a augmenté de 26 152,11 hectares à 32 551,39 hectares.

Trois communes ont également enregistré une augmentation de leur superficie agricole : Djidian a passé de 5 822,44 hectares à 9 749,75 hectares ; Niantasso a passé de 2 312,21 hectares à 4

178,01 hectares et Senko a passé de 6 751,00 hectares à 7 063,69 hectares. Les surfaces agricoles à Sirakoro ont connu une baisse, passant de 6 751,00 hectares à 5 744,94 hectares. Les taux d'évolution des unités d'occupation du sol ont été représentés dans la figure 4 entre 2002 et 2022.

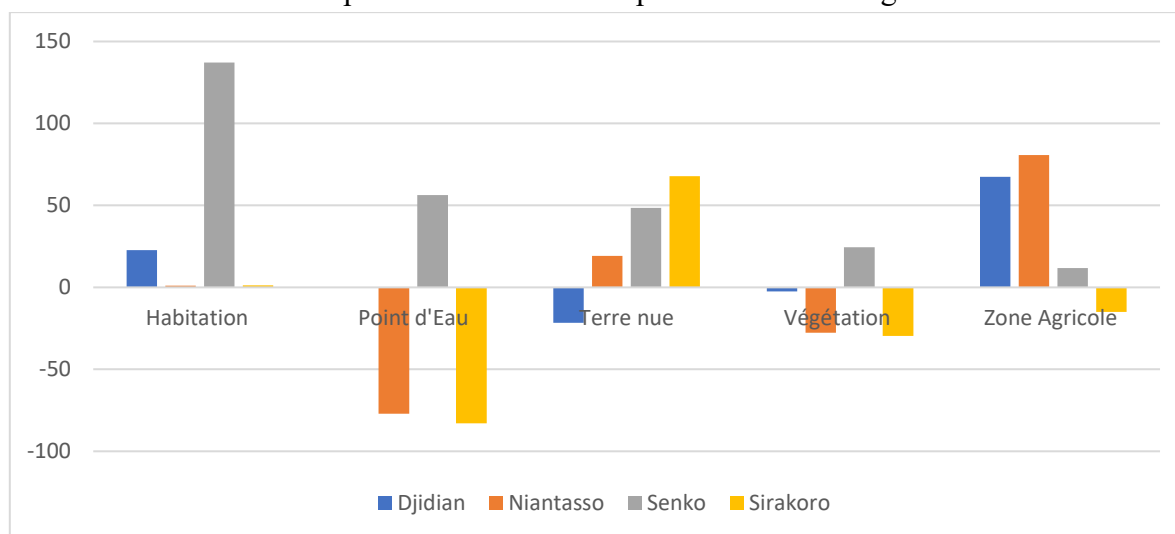


Figure 4 : Evolution des unités d'occupation du sol (en % : 2002- 2022)

Source : Equipe de recherche, 2024

En effet, pour le bâti, les communes de Djidian, Niantasso, Senko et Sirakoro ont connu une hausse de 22,6 %, 1,1%, 137,2% et 1,2 % respectivement. La commune de Niantasso a enregistré une baisse de points d'eau de 435,6 % et de 588,3 % pour la commune de Sirakoro. Par ailleurs, la commune de Senko a augmenté ses points d'eau (64,0 %). Des points d'eau n'ont pas été identifiés dans la commune de Djidian.

Entre 2002 et 2022, les terres nues ont diminué de -21,5%, avec une baisse de -48,5% pour les communes de Djidian et de Senko. Les communes de Niantasso et de Sirakoro ont augmenté de 19,1 %, tandis que celle de Sirakoro a augmenté de plus de 67,8 %.

Pour la végétation naturelle, les accroissements constatés ont été négatifs : - 2,6%, -27,5 %, - 29,7%, respectivement pour les communes de Djidian, de Niantasso et de Sirakoro. Seule la commune de Senko a présenté une tendance à la hausse (24,4 %).

Durant la même période, concernant les zones agricoles, les accroissements ont été de 67,4%, 80,7%, 11,7%, respectivement pour les communes de Djidian, Niantasso, Senko. On note que la commune de Sirakoro a présenté une croissance négative -14,9%).

3.3. Culture du cotonnier, fertilité des sols, leur contamination, dégradation des ressources en eau et perte de la diversité végétale

L'évolution de la fertilité des sols ~~conçus pour cultiver le cotonnier~~ et celle de la biodiversité microbienne du sol ~~biodiversité~~ entre 2002 et 2022 est illustrée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Evolution de la fertilité des sols allouées à la culture du cotonnier (a) et celles de la biodiversité végétale (b) entre 2002 et 2022

Evolution	Réponse	Effectif (N)	Pourcentage
Evolution de la Fertilité des sols	En baisse	152	47,5
	Stable	101	31,6
	En hausse	67	20,9
	Total	320	100,0

Evolution de la biodiversité microbienne du sol	En baisse	114	35,6
	Stable	176	55,0
	En hausse	30	9,4
	Total	320	100,0

Source : Dembélé B.S. 2023

Il est observé que 47,5% des agriculteurs estiment que la fertilité du sol a baissé. L'analyse de l'évolution de la biodiversité microbienne du sol associée à la culture du cotonnier révèle nettement que 35,6 % des individus sondés ont observé une baisse.

Le tableau 2 présente les superficies emblavées pour les campagnes 2019-2020 et 2020-2021 dans le cercle de Kita lors des campagnes 2019-2020 et 2020-2021.

Tableau 2 : Superficies emblavées en coton dans le cercle de Kita lors des campagnes 2019-2020 et 2020-2021

Campagne	Superficie (ha)	
	Effectif	Pourcentage
2019 - 2020	90 248	49,3
2020-2021	92 970	50,7
Total	183 218	100,0

Source : Dembélé B.S. 2023

Ainsi, les surfaces cultivées en coton ont connu une augmentation, passant de 90 248 hectares en 2019-2020 à 92 970 hectares durant la saison agricole 2020-2021. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette augmentation, on peut citer autres les facteurs économiques, sociaux et environnementaux. En effet, une hausse des prix d'achat du coton par les producteurs peut favoriser l'expansion des terres cultivées. La possibilité d'obtenir des prêts pour l'achat d'intrants (engrais, semences) incite les agriculteurs à augmenter la production. Il est essentiel d'améliorer les infrastructures pour acheminer le coton vers les points de vente ou d'exportation. Une saison des pluies satisfaisante incite les agriculteurs à investir davantage de terres dans cette culture. Toutefois, il est essentiel de prendre en compte les défis liés à l'augmentation des surfaces emblavées en coton, tels que l'épuisement des sols, les pressions environnementales ou la fluctuation des prix sur le marché international. La coton-culture a entraîné la baisse de la fertilité des sols et celle de la biodiversité microbienne, ce qui a poussé les producteurs à mettre en place trois méthodes principales de restauration : la gestion des sols fertiles, l'agroforesterie et la réintroduction d'espèces locales. (Tableau 3).

Tableau 3 : Propositions de restauration des sols et de la biodiversité selon les producteurs

Propositions	Effectif (N)	Pourcentage
Gestion de la fertilité des sols	210	65,6
Agroforesterie	86	26,9
Réintroduction d'espèces locales	24	7,5
Total	320	100,0

Source : Dembélé B.S. 2023

Ainsi, 65,6% des producteurs sondés adoptent des techniques de préservation de la fertilité du sol, alors que 26,9% se consacrent à l'agroforesterie et 7,5 % introduisent des espèces locales en danger d'extinction. L'importance de la rotation des cultures, des associations agricoles, de

l'agroforesterie, du combat contre l'érosion des sols, de l'amendement organique, de l'usage du compost et de la formation continue des agriculteurs favorisant le partage des méthodes agricoles efficaces avec les autres et leur implication dans les réseaux agricoles ont été soulignées.

L'étude a révélé que 28,4 % des personnes enquêtées utilisent l'urée, 26,0 % le complexe coton, 25,3 % le triplet NPK et 1,9 % le phosphate. Cependant, il a été constaté que 18,4% n'utilisent pas d'engrais chimique.

Par rapport à l'usage des pesticides, 63,1% utilisent des herbicides contre 34,7% des insecticides. En ce qui concerne l'impact de l'utilisation des produits chimiques, 68,1 % des enquêtés affirment que les produits chimiques utilisés peuvent avoir des impacts sur les sols contre 31,9%. (Tableau 4).

On utilise principalement des engrais inorganiques (urée, complexe coton, etc.) pour renforcer la fertilisation du sol et fournir à la culture les nutriments dont elle a besoin pour se développer. Les organismes nuisibles à la culture sont principalement combattus par les producteurs à l'aide de pesticides (insecticides, fongicides, herbicides).

Tableau 4 : Impacts des produits chimiques sur le sol

Impacts	Effectif	Pourcentage
Oui	218	68,1
Non	102	31,9
Total	320	100,0

Source : Dembélé B.S. 2023

L'utilisation excessive d'engrais chimiques semble avoir un effet néfaste sur la nutrition du sol en modifiant les niveaux de nutriments dans le sol. Les pesticides (herbicides, insecticides, fongicides) contiennent des substances chimiques toxiques qui peuvent s'infiltrer dans le sol en altérant sa structure et en tuant les micro-organismes présents dans le sol. L'utilisation d'herbicides entraîne l'érosion des sols.

La figure 5 représente l'impact des produits chimiques utilisés dans la culture du cotonnier sur les ressources en eau.

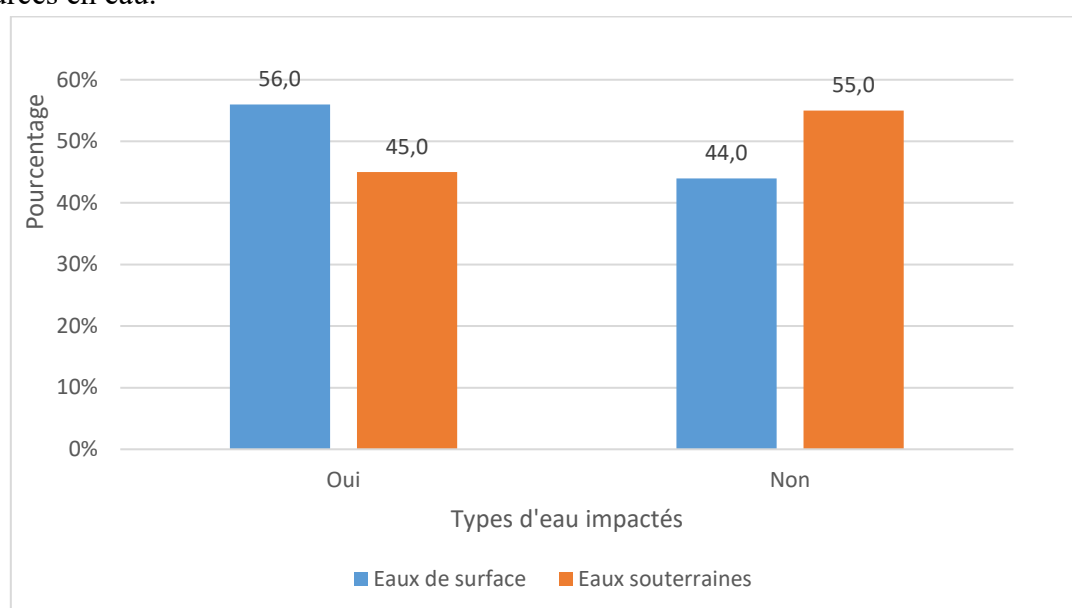


Figure 5 : Impacts des produits chimiques sur les ressources eau

Source : Dembélé B.S. 2023

Ainsi, l'étude a révélé que 56,0% et 45,0% des producteurs ont estimé que ces produits chimiques ont eu un impact respectivement sur les eaux de surfaces et les eaux souterraines.

Les pesticides et les engrais employés dans les cultures de cotonnier peuvent entrer dans le sol et contaminer la nappe phréatique. Elles peuvent aussi se déverser dans les cours d'eau et provoquer la prolifération d'algues, eutrophisant ainsi l'environnement et réduisant la faune et la flore aquatiques.

La figure 6 représente l'impact des produits chimiques sur la végétation naturelle. Il a été remarqué que 70,3% des producteurs sondés ont estimé que les produits chimiques utilisés dans la culture du cotonnier ont un impact négatif sur la végétation naturelle. Lors de notre étude exploratoire, nous avons observé que les savanes boisées et herbeuses sont souvent détruites pour cultiver le coton. Cela conduit à une réduction des espèces locales comme *Adansonia digitata* (Baobab), *Acacia albida* (Balanzan) et *Parkia biglobosa* (Néré). Ces dernières sont cruciales dans l'alimentation humaine et animale. Ces espèces jouent un rôle important dans la pharmacopée traditionnelle.

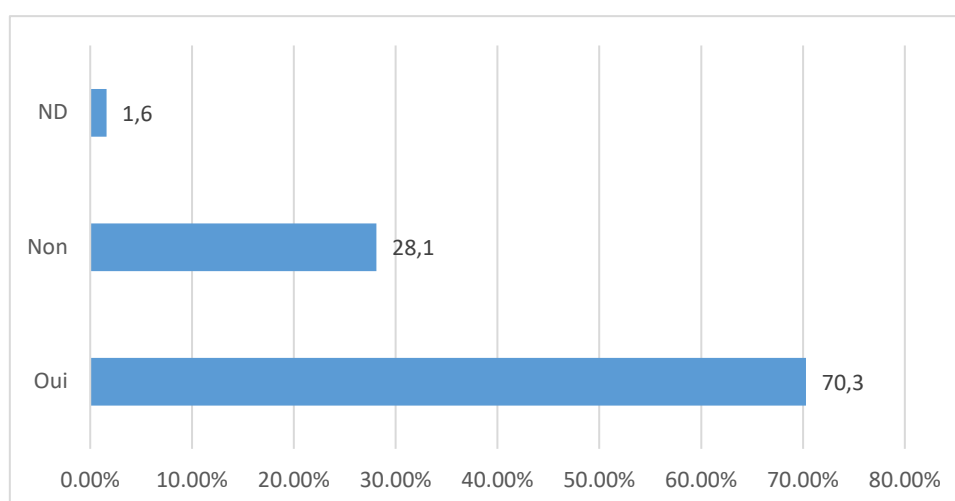


Figure 6 : Impacts des produits chimiques sur la végétation

Source : Dembélé B.S. 2023

La déforestation et l'usage abusif de substances chimiques pour cultiver le cotonnier mettent en péril la disparition de nombreuses plantes médicinales, en particulier le *Combretum micranthum* (quinquéliba). C'est une plante de la famille des combretacées qui pousse dans les savanes du Mali, du Sénégal, du Niger et du Burkina-Faso. Ses feuilles sont utilisées comme tisane. Elle affecte également des espèces endémiques moins reconnues et moins analysées susceptibles de disparaître suite à la croissance des zones agricoles exploitées par le cotonnier, notamment : *Piliostigma thonningii*, *Anogeissus leiocarpa* et *Daniellia oliveri*.

Les herbicides employés ont la capacité de détruire des plantes non ciblées ainsi que leurs animaux associés, ce qui entraîne une diminution de la diversité biologique. Les mauvaises herbes résistantes sont souvent causées par leur utilisation répétée. Enfin, le vent transporte souvent les pesticides pulvérisés sur les cultures du cotonnier et ils peuvent avoir un impact sur les pollinisateurs tels que les abeilles et les papillons.

4. Discussion

La discussion porte sur les résultats suivants : les caractéristiques sociodémographiques, la modification du paysage agraire, l'impact de la culture du cotonnier sur d'une part la qualité des sols, les ressources en eau et la biodiversité végétale d'autre part.

4.1. Des caractéristiques sociodémographiques variées

La répartition par sexe des producteurs montre donc une majorité masculine avec 319 sur 320, soit 98,8 %, tandis que la part des femmes dans la production de la culture du coton est très faible, avec seulement 1,2 %. En ce qui concerne la répartition par âge, les cotonniers sont majoritairement composés de 40 ans et plus (62,8 %). En particulier, l'étude n'a pas mis en évidence la présence d'enfants dans les champs de coton des localités étudiées. D'après les résultats de l'étude sur le niveau d'éducation, 63,5% des producteurs sont analphabètes, tandis que 36,5% des producteurs sont alphabétisés. Les études de C., Wade, (2003, p.7), confirment que la majorité des hommes parmi les cotonniers, avec une forte proportion (93,0 %) d'hommes dans la production de l'anacarde au Sénégal. Selon A., Samaké, *et al.*, (2017, p. 10), un résultat similaire a été obtenu : les chefs d'exploitation âgés de plus de 45 ans étaient les plus nombreux (60,0%). On a observé un résultat identique à Bamako, où 60,6 % des responsables d'unité de production interrogés avaient entre 40 et 49 ans, (Maiga, F., 2012, p. 55). Au Mali, il est observé que 91,0 % des chefs de ménage sont des hommes, (INSTAT, 2019, p. 47). Selon les informations du Ministère de l'économie et du plan au Mali, seulement 10,5 % des foyers sont dirigés par des femmes. Il s'agissait de 15,8 % à Mopti, tandis que cela était de 6,4 % dans la région de Bougouni. Le taux d'alphabétisation des adultes au Mali est le plus faible à l'échelle mondiale : 26,0 % en 2006 (50,0% en Afrique de l'Ouest, (PNUD, 2022). Ce phénomène témoigne clairement de l'échec actuel du système scolaire. Toutefois, à l'instar de nombreux pays en développement, l'éducation au Mali connaît une augmentation notable des indicateurs quantitatifs, mais l'évolution qualitative demeure faible.

4.2. Télédétection : un moyen d'illustration de la modification du paysage agraire

La télédétection, en utilisant à la fois des photos aériennes, des images satellitaires multi-sources et multi-dates a révélé une dégradation significative de la végétation, des habitations et des zones agricoles entre 2002 et 2022. En ce qui concerne cela, Te-C., Chang, *et al.*, (2023, p.2397-2412), ont examiné l'impact des changements climatiques sur la dégradation de la végétation dans différentes régions, en se basant sur des données provenant de différentes sources pour une période similaire. Les informations données par M. C., Hansen, *et al.*, (2013, p.850-853), portent sur la déforestation et les changements dans le couvert forestier, en particulier dans les régions tropicales. NASA Earth Observatory, (2021), utilise les images satellites pour illustrer la dégradation de la végétation à la suite des incendies en Australie. La télédétection a été utilisée pour comprendre et analyser les changements des formes environnementales qui se sont produits entre 1958 et 2005 dans la région de Tchago au nord-ouest de Gouré au Niger, (Tidjani, A., 2009, p. 73-77).

4.3. Des effets négatifs de la culture du cotonnier sur les sols, les ressources en eau et la diversité végétale

Il est observé que 47,5% des agriculteurs estiment que la fertilité du sol a baissé. Selon V., Hauchart, (2008, p. 95-102), il est mentionné que le climat dans la région cotonnière du Burkina Faso est caractérisé par des précipitations abondantes et irrégulières, ce qui entraîne une dégradation des sols. L'érosion est particulièrement active au début du cycle végétatif du coton, en mai et juin, car les sols, encore non couverts mais déjà meubles et profondément labourés, sont arrosés par des précipitations dévastatrices qui alimentent le ruissellement et provoquent la désagrégation du sol. Le substrat est dégradé par ces processus, ce qui entraîne l'érosion des sols et une baisse de la fertilité.

Selon l'enquête, 68,1 % des répondants, affirment que les produits chimiques utilisés peuvent avoir un impact sur les sols. A ce sujet, le cotonnier a un impact important sur la qualité et la structure des sols, notamment en raison de son niveau de production élevé. L'azote (N), le phosphore (P) et le potassium (K) sont des nutriments essentiels consommés par le cotonnier. Selon M.A., Ali, *et al.*, (2020, p. 9-30) et I.H., Zonta, *et al.*, (2019, p. 293-300), cette demande excessive entraîne un épuisement rapide des nutriments du sol, ce qui réduit la fertilité du sol et nécessite des apports constants d'engrais chimiques pour maintenir les rendements, on note que le cotonnier a un impact important sur la qualité et la structure des sols, notamment en raison de son niveau de production élevé. Selon R., Lal, *et al.*, (2003, p. 1-12.), il a été démontré que les sols qui sont continuellement cultivés avec du coton perdent en matière organique, ce qui a un impact sur leur capacité à retenir l'eau et à maintenir une structure solide. Les labours fréquents utilisés pour préparer les champs de coton, associés à l'utilisation régulière de machines agricoles lourdes, entraînent une compaction plus importante du sol. Selon Zeleke, T., *et al.*, (2019, p. 23-34.), cela diminue la porosité et la perméabilité du sol, ce qui rend les sols plus vulnérables à l'érosion causée par l'eau et le vent. Selon H., Jamali, *et al.*, (2021, 11 p.), la compaction diminue également l'infiltration d'eau, ce qui accroît le risque de ruissellement et de perte de sol fertile.

L'analyse de l'évolution de la biodiversité associée à la culture du cotonnier révèle nettement que 35,6 % des individus sondés ont observé une baisse de la densité microbienne du sol, En effet, les pesticides utilisés de manière excessive pour la culture du coton ont un impact sur la diversité microbienne des sols. Selon T., Isha, Sridevi, *et al.*, (2022, p. 38-56), les pesticides ont la capacité de perturber les populations de bactéries bénéfiques et de champignons mycorhiziens, qui jouent un rôle essentiel dans le cycle des nutriments et la santé des végétaux. Dans les sols soumis à des traitements intensifs de pesticides et d'herbicides, il y a une baisse des microorganismes fixateurs d'azote et des champignons. D'après les résultats du Rapport National « NDT » Mali, (2020, 20 p.), les terres agricoles peuvent causer la perte de nutriments (perte de la fertilité du sol) et l'encroûtement des sols. Cela conduit également à une réduction de la biodiversité et à une diminution de la couverture végétale. En outre, il est possible de modifier la structure du sol, ce qui entraîne une érosion éolienne et hydrique qui se manifeste par la formation de dunes de sable et de glakis, ainsi que la baisse des eaux souterraines pendant la saison sèche.

L'étude a révélé que 56,0% et 45,0% des producteurs ont estimé que ces produits chimiques ont eu un impact respectivement sur les eaux de surfaces et les eaux souterraines. Selon J.M., Dépâma, *et al.*, (2009, P. 22), au Burkina Faso, la culture du coton joue un rôle essentiel dans l'économie, mais son développement met en péril les écosystèmes et la biodiversité des zones protégées telles que le parc national de Pô. En raison des pratiques agricoles intensives et des implantations humaines à proximité du parc, les ressources naturelles sont dégradées, notamment par des prélèvements illégaux sur la végétation, une augmentation de la pression sur le sol et une contamination chimique des eaux causée par l'utilisation excessive d'intrants agricoles, la faune locale étant menacée. En ce qui concerne la diminution de la diversité biologique, J.E., Belières, *et al.*, (2009, p. 15), ont mis en évidence que les défrichements, la réduction des jachères (allongement ou disparition) et les méthodes de culture (pesticides et herbicides à large spectre) ont eu un impact sur l'évolution de la biodiversité animale et végétale. Cependant, il existe peu de recherches scientifiques qui permettent de quantifier ces phénomènes à l'échelle du bassin cotonnier. Selon R., Bendjelloul, *et al.*, (2021, p. 55), une étude portant sur les conséquences des pesticides (insecticides) sur la biomasse des sols à court terme a révélé que les bactéries et les

champignons sont touchés par l'utilisation des produits phytosanitaires. Ils ont un effet néfaste sur la biomasse microbienne.

Il est remarqué que 70,3% des producteurs sondés ont estimé que les produits chimiques utilisés dans la culture du cotonnier ont un impact négatif sur la végétation naturelle. En effet, la culture du cotonnier substitue les écosystèmes naturels et a des conséquences néfastes sur la flore locale et la diversité biologique. De leur côté, M.A., Ali, *et al.*, (2020, p. 9-30), ont étudié les conséquences du changement climatique sur la production de coton et les méthodes d'adaptation du sol, en particulier le travail du sol. Ils ont repéré les causes d'un faible rendement du coton et ont suggéré des modifications du sol qui pourraient augmenter sa productivité. Selon, C. M., Benbrook, (2012, p. 24), la conversion de prairies en monocultures de coton réduit les espaces disponibles pour les espèces endémiques et entraîne une diminution de la diversité floristique. Les herbicides employés dans les champs de coton pour lutter contre les mauvaises herbes peuvent avoir un impact sur la végétation native, notamment dans les zones voisines. Selon des recherches, il est démontré que certains herbicides ont la capacité de se déplacer en dehors des zones de culture et de diminuer la croissance des plantes indigènes, ce qui met en péril la diversité des écosystèmes locaux (Ali, M.A., *et al.*, 2020, op.cit.). D'après N., Kaur, (2014, p. 279-286), les caractéristiques de l'agriculture intensive sont l'apport important de capital et de main-d'œuvre, l'utilisation massive de pesticides et d'engrais chimiques par rapport à la superficie des terres, ce qui a entraîné une contamination de l'environnement en accroissant l'érosion et en empoisonnant l'eau, etc. Les champs de coton peuvent être pollués par les pesticides, herbicides et engrais qui peuvent s'infiltrer dans les nappes phréatiques ou se déverser dans les cours d'eau. Selon diverses recherches, il a été démontré que les résidus de nitrates et de phosphates peuvent provoquer l'eutrophisation des eaux, ce qui entraîne une prolifération excessive d'algues qui altèrent la qualité de l'eau et perturbent les écosystèmes aquatiques (Gibbons, D., *et al.*, 2006, p.1-32).

5. Conclusion

Cette étude a analysé les impacts négatifs de la culture du cotonnier sur l'environnement dans le cercle de Kita. Cependant, elle a rencontré certaines limites. En effet, l'insécurité dans certains villages nous a souvent obligés à accélérer notre enquête et à rentrer à notre base plus tôt que prévu. De surcroît, des contraintes financières et un manque de temps ont freiné notre capacité à réaliser des entretiens approfondis. La méthodologie s'est appuyée sur la revue de la littérature, l'analyse spatiale, la réalisation d'une enquête par questionnaire qui a porté sur un échantillon aléatoire de 320 chefs d'unité de production.

La répartition par sexe des producteurs de coton révèle une nette dominance masculine, avec 319 hommes sur 320, soit 98,8 %. En comparaison, la proportion de femmes impliquées dans la culture du coton est très faible, à seulement 1,2 %. Concernant la répartition par âge, une majorité des producteurs de coton, soit 62,8 %, a 40 ans ou plus. Notons également que l'étude n'a pas observé de présence d'enfants travaillant dans les champs de coton des localités analysées. En ce qui concerne le niveau d'éducation, les résultats indiquent que 63,5 % des producteurs sont analphabètes, alors que 36,5 % ont reçu une éducation. Ces données confirment largement notre première hypothèse de travail : « *Les producteurs de coton des cercles de Kita appartiennent à différents profils sociologiques* ».

Entre 2002 et 2022, l'analyse des images satellitaires révèle que la transformation du paysage agricole a été influencée par cinq principaux facteurs : l'urbanisation, les points d'eau, les terres

nues, la végétation naturelle et les surfaces agricoles. L'urbanisation a connu une hausse dans toutes les communes, avec une croissance particulièrement marquée à Senko, qui a bondi de 137,2 %. Cependant, les points d'eau ont subi une diminution significative à Niantasso (-435,6 %) et Sirakoro (-588,3 %), tandis qu'à Senko, une légère augmentation de 64,0 % a été observée. Il est à noter que Djidian ne comptait aucun point d'eau. Les terres nues ont diminué à Djidian et Senko (-48,5 %), tandis qu'elles ont augmenté à Niantasso (+19,1 %) et Sirakoro (+67,8 %). En ce qui concerne la végétation, une régression a été constatée dans trois des communes (-2,6 % à Djidian, -27,5 % à Niantasso, -29,7 % à Sirakoro), à l'exception de Senko, où la végétation a progressé de 24,4 %. Les superficies agricoles ont également enregistré des variations : elles ont augmenté à Djidian (+67,4 %), Niantasso (+80,7 %) et Senko (+11,7 %), tout en reculant à Sirakoro (-14,9 %). Ces évolutions témoignent d'une dynamique territoriale marquée par l'essor urbain et la pression sur les ressources naturelles. Ces résultats viennent confirmer la deuxième hypothèse de travail : *« L'étude des photos satellitaires, de 2002 à 2022, montre la transformation du paysage agricole relative aux habitations, aux points d'eau, aux terres nues, à la végétation naturelle et superficie agricole »*.

Près de la moitié des agriculteurs, soit 47,5 %, ont observé une diminution de la fertilité des sols. Une large majorité, à hauteur de 68,1 %, admet l'impact des produits chimiques sur cette fertilité. Par ailleurs, 35,6 % des personnes interrogées font état d'une baisse de la densité microbienne dans le sol. Les conséquences de ces produits chimiques ne se limitent pas aux sols, elles touchent également les ressources en eau, affectant les eaux de surface pour 56,0 % des répondants et les eaux souterraines pour 45,0 %. Enfin, 70,3 % des producteurs estiment que ces substances nuisent à la végétation naturelle, validant ainsi la dernière hypothèse de l'étude : *« L'utilisation abusive des engrais chimiques et des pesticides par les producteurs a entraîné la baisse de fertilité des sols, leur contamination la dégradation des ressources en eau et la perte de la diversité végétale »*.

La culture du cotonnier malgré qu'elle présente des avantages économiques évidentes dans le cercle de Kita, a aussi des effets néfastes sur la végétation, les sols ainsi que les ressources en eau. Pour atténuer ces effets néfastes et lutter contre la contamination, nous proposons plusieurs solutions, notamment l'agriculture biologique, la lutte biologique, y compris l'utilisation de pesticides naturels, ainsi que la promotion de pratiques agroécologiques. Afin d'atteindre ces objectifs, il est crucial d'acquérir un soutien technique et institutionnel, ce qui permettra de renforcer la résilience de la culture du coton face aux défis actuels, tout en continuant à soutenir le développement socio-économique du Mali.

Contribution des auteurs

M. Boubacar Sidiki DEMBELE a coordonné la collecte des données sur le terrain et il a participé à la rédaction de l'article.

M. Famagan-Oulé KONATE a supervisé toutes les étapes de la rédaction de cet article.

M. Abdoukadi Oumarou TOURE participé à la rédaction de l'article.

M. Mamadou S. DIALLO a participé à la rédaction de l'article.

Conflit d'intérêt

Nous déclarons qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt.

Financement

Aucun financement n'a été reçu pour ce travail.

Considérations éthiques

Consentement éclairé des interviewés.

Références bibliographiques

- Ali, M., & Qureshi, R., (2008). Impact of intensive cotton farming on soil degradation and water resources in central Pakistan, *Environmental Management*, 37(4), 20 p.
- Ali, M.A., & Ahmed. N., (2020). Soil Management and Tillage Practices for Growing Cotton Crop. In: Ahmad, S., Hasanuzzaman, M. (eds) Cotton Production and Uses. Springer, Singapore, 22 p. Disponible sur https://doi.org/10.1007/978-981-15-1472-2_2. Consulté le 13 janvier 2025.
- Altieri, M. A., (1999). The ecological role of biodiversity in agroecosystems. *Agriculture, Ecosystems & Environment*, Vol. 74(1–3), 6 p.
- Baghdadli, I., & Raballand, G., (2007). *Le secteur du coton en Afrique de l'Ouest et du Centre*. Les Éditions Saint-Martin, Québec, Canada. 131p.
- Belières, J-F., & Droy I. (2009). *Conflits de durabilités dans le bassin cotonnier au Mali*. In *Systèmes de production et durabilité dans les pays du Sud*, Thibaud, B. et François, A. Eds, Karthala, 27 p.
- Benbrook, C. M., (2012). Impacts of genetically engineered crops on pesticide use in the U.S- the first sixteen years. *Environmental Sciences Europe*, 24(1), p. 24. Disponible sur <https://doi.org/10.1186/2190-4715>. Consulté le 10 janvier 2025.
- Bendjelloul, R., & Telli, L. (2021). *Impact l'insecticides (Abamectine) sur la biomasse microbienne des sols oasiens. Cas de la région de Ouargla*. Université Kasdi merbah-ouargla, Faculté des Sciences de la nature et de la vie département des sciences agronomiques mémoire de fin d'études de master académique, 64 p.
- Bernier, B., (1992). Introduction à la microéconomie, *Dunod*, Paris 217 p
- Chang, C. T., & Dai, J. (2023). Remote Sensing of Climate-Vegetation Dynamics and Their Effects on Ecosystems. *Remote Sensing*, 15 (21), 5097, 7 p.
- Chang, Te-Chang, & Dai, J., (2023). Remote Sensing of Climate-Vegetation Dynamics and Their Effects on Ecosystems. *Remote Sensing*, 15(21), 5097. Disponible sur <https://doi.org/10.3390/rs15215097>. Consulté le 11 janvier 2025.
- De Bock, O., & Laaja, R., (2010). *Etude de faisabilité : Quels mécanismes de micro-assurance privilégier pour les producteurs de coton au Mali ?* Centre de Recherche en Economie du Développement FUNDP - Département de sciences économiques, Belgique, 37 p.
- Dembélé, M. & Diallo, S. (2019). Évaluation des effets environnementaux de la culture cotonnière au Mali, *Revue Africaine d'Agronomie*, 14(2), 13 p.
- Dembélé, M., & Samaké, I., (2021). Evaluation de la dynamique des rendements de la banane au sein des différentes catégories d'acteurs agricoles au Sud du Mali. *International Journal of Engineering and Techniques*, 7(4). 19 p. Disponible sur <https://doi.org/10.29126/23951303/IJET-V7I4>. Consulté le 5 janvier 2025.
- Dipama, J-M., (2009). Les risques de dégradation des écosystèmes liés à la culture du coton au Burkina Faso : le cas du parc national de Pô. *Revue de l'Université de Moncton*, 25 p.
- Djibril, A. (2017). Impact de la culture du coton sur l'environnement au Mali, *Université de Bamako*, 12 p.
- Hansen, M. C., & Townshend, R.G., (2013). High-Resolution Global Maps of 21st-Century Forest Cover. *Change Science*, 342(6160), 4 p.
- Hauchart, V. (2008). Cotton cultivation, rainfall and soil degradation in Mouhoun (Burkina Faso). *Science et changements planétaires/Sécheresse*, 19 (2), 8 p.

- Institut National de la Statistique, (2019). *Enquête démographique et de santé, 2018*, INSTAT. Bamako, 593 p.
- Isha, Sridevi T., & Rajesh L., (2022). Effect of Pesticides on Crop, Soil Microbial Flora and Determination of Pesticide Residue in Agricultural Produce: A Review. *International Journal of Environment and Climate Change* 12 (12), 19 p. Disponible sur <https://doi.org/10.9734/ijecc/2022/v12i121437>. Consulté le 14 janvier 2025.
- Jamali, H., & Braunack, M., (2021). Soil compaction in a new light: Know the cost of doing nothing—A cotton case study. *Soil and Tillage Research*, 213, (105158), 11 p. Disponible sur <https://doi.org/j.still.2021.105158>. Consulté le 13 janvier 2025.
- Kaur, N., (2014). Impact of intensive agriculture on natural resource base of Punjab- a review. *Agricultural Reviews* , 35(4), 8 p. Disponible sur <https://doi.org/10.5958/0976-0741.2014.00915.5>. Consulté le 12 janvier 2025.
- Lal, R., (2004). Soil carbon sequestration impacts on global climate change and food security. *Science*, 304(5677), 4 p.
- Maiga, F. (2012). *Analyse des externalités négatives du développement urbain de Bamako et pollution du fleuve Niger*, Thèse de Doctorat unique en Géographie de l'environnement, Institut Supérieur de Formation et de Recherche Appliquée de Bamako (ISFRA), 190 p.
- Montgomery, D. R., (2007). Soil erosion and agricultural sustainability. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104 (33), 5 p.
- Ministère de l'Economie et du Plan, (2023), Résultats provisoires du recensement général de la population et de l'habitat de 2022, Direction nationale de la statistique et de l'informatique (DNSI), Bamako, p. 30.
- OIT. (2022). Activités du projet CLEAR Cotton au Mali. 4 route des Morillons, CH-1211 Genève 22, Suisse. Sur <https://www.ilo.org>. Consulté le 21 mars 2025.
- PAN Mali. (2021). *Rapport National sur les Pesticides Extrêmement Dangereux (HHP)*. Action pour la Conservation de l'Environnement et le Développement Durable 'ACEDD) / International Pollutant Elimination Network (IPEN), Sévaré-Mopti, (Mali), 52 p.
- PNUD, (2022). Rapport sur le développement humain 2021/2022, 337 p. Disponible sur <http://hdr.undp.org>, Consulté le 14 janvier 2025.
- Potts, S. G., & Kunin, W. E., (2010). Global pollinator declines: trends, impacts, and drivers. *Trends in Ecology & Evolution*, 25(6), 9 p.
- Programme de Définition des Cibles nationales de la Neutralité de Dégradation des Terres (PDC/NDT), (2020). Rapport National « NDT » Mali, 20 p. Disponible sur <https://www.unccd.int>. Consulté le 25 décembre 2024.
- Reddy, K. R., & Hodges, H. F., (2018). Crop Production and Soil Management for Cotton Farming. *Agricultural Science*, 52(2), 13 p.
- Samaké, A., & Konaté F-O., (2017). Déterminants démographiques, économiques et contraintes d'adoption des innovations technologiques de fertilisation des sols dans les communes de Méguétan (cercle de Koulikoro) et de Kléla (cercle de Sikasso). *Revue du Laboratoire Leidi*-ISSN0851-2515- N°09, décembre 2017, Sénégal, 17 p.
- Tidjani, A., & André, K. S., (2009). Apports de la télédétection dans l'étude de la dynamique environnementale de la région de Tchago (nord-ouest de Gouré, Niger), 5 p. Disponible sur <https://geoecotrop.bf.pdf>. Consulté le 10 janvier 2025.

- Tilman, D., & Polasky, S., (2002). Agricultural sustainability and intensive production practices. *Nature*, 418(6898), 4 p.
- Toure M.M., & Nasser B M., (2024). Effet de la production cotonnière sur l'environnement physique dans un contexte de réformes institutionnelles dans la commune de Kandi au Nord Bénin. *Revue Africaine d'Environnement et d'Agriculture*, 7(1), 10 p. Disponible sur <https://www.rafea-congo.com>. Consulté le 11 janvier 2025.
- Vaissayre, M., & Cretenet, M., (2008). Risques environnementaux liés à la culture du cotonnier en Afrique francophone : bilan et évolutions en cours, Ouagadougou. Technical Seminar, 20 novembre 2008. *ICAC*, 67, 5 p.
- Wade, C. S., (2003). *L'Utilisation des pesticides dans l'agriculture périurbaine et son impact sur l'environnement*. Thèse de docteur en pharmacie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, faculté de Médecine de Pharmacie et Ondoto-stomatologie, Département de Pharmacie, 55 p.
- Zelege, T., & Kassa, B., (2019). Soil erosion risk assessment in cotton farming areas. *Soil & Water Conservation*, 9(1), 10 p.
- Zonta, J. H., & Rosa, R. S., (2020). Soil nutrient depletion in cotton monoculture systems. *Brazilian Journal of Agriculture*, 45(3), 8 p.

@ 2025 DEMBELE, 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)

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

Received, 18 January 2025

Accepted, 31 March 2025

Published, 2 April 2025

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

To cite : Kiemde and Pale (2025). Effets de la corruption et pratiques assimilées sur la qualité du service public de santé dans la ville de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(1), 147-163
<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.10>

Research

Effets de la corruption et pratiques assimilées sur la qualité du service public de santé dans la ville de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Effects of corruption and related practices on the quality of public health services in the city of Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Adama KIEMDE^{1*} et Augustin PALE²

¹Université Thomas SANKARA / Centre Universitaire de Tenkodogo

²Université Joseph KI-ZERBO

*Correspondance : email: kiemdevilla@gmail.com , Tel: +22670948993

Résumé

La santé est considérée aujourd'hui comme un bien faisant l'objet de marchandage. Nonobstant cet état de fait, une controverse existe sur les méthodes et les techniques de sa vente. Une des formes la plus critiquée est la corruption et autres pratiques assimilées des actes de soins dans les services publics de santé. L'objectif de cette recherche est de faire un état des lieux du phénomène et de ses conséquences, sur la qualité du service public de santé et des relations soignants – soignés dans les structures sanitaires publiques dans la ville de Bobo-Dioulasso. La démarche de recherche est fondée sur les principes des devis mixtes simultanés avec triangulation. Elle a consisté à réaliser une enquête par questionnaire et des entretiens individuels semi-directifs auprès des soignants, des soignés, des autorités sanitaires et des responsables des organisations professionnelles des travailleurs de la santé. Des résultats, il ressort que 24,4% des bénéficiaires de soins au moment de l'enquête ont affirmé avoir été victimes d'actes de corruption et 76,8% des agents de santé interrogés perçoivent cette réalité qui du reste, impacte entre autres : les recettes des structures sanitaires et le niveau de satisfaction des soignés sur les soins médicaux qui leur sont offerts. En outre, la corruption et autres pratiques assimilées induisent des conflits dans les relations de soins en raison d'un traitement supposé inéquitable entre les malades.

Mots clés : Burkina Faso ; centre de santé ; corruption ; conflit soignant – soigné ; qualité de soins

Abstract

Health is considered today as a commodity subject to bargaining. Notwithstanding this state of affairs, controversy exists over the methods and techniques of its sale. One of the most criticized forms is corruption and other similar care practices in public health services. The objective of this research is to take stock of the phenomenon and its consequences on the quality of the public health service and relationships between caregivers and those treated in public health structures in the city of Bobo-Dioulasso. The research approach is based on the principles of simultaneous mixed designs with triangulation. It consisted of carrying out a questionnaire survey and semi-structured individual interviews with caregivers, those receiving care, health authorities and heads of professional organizations of health workers. The results show that 24.4% of care recipients at the time of the survey claimed to have been victims of acts of corruption and 76.8% of health workers questioned perceive this reality which, moreover, impacts among other things: the revenues of health structures and the level of satisfaction of patients with the medical care offered to them. In addition, corruption and other similar practices induce conflicts in healthcare relationships due to supposedly unfair treatment

between patients.

Keywords: Burkina Faso ; health centers; corruption; conflicting care relationships; quality of care

1. Introduction

La corruption n'est pas propre à l'Afrique dicit Fassin et Olivier De Sardan (2013). Cependant, elle bénéficie dans ce continent d'un terrain fertile à son développement. Les pouvoirs publics éprouvent des difficultés à définir clairement le phénomène. Cette complexité à le caractériser se justifie par le fait qu'il faut lui donner un contenu à la fois économique, juridique et sociale. Sur la dimension sociale, elle est diversement appréciée lorsqu'on passe d'une société à une autre (Yamb et Bayemi, 2021). Pour le Réseau national de lutte anti-corruption (REN-LAC), structure de la société civile de défense et de promotion de l'intégrité et la bonne gouvernance au Burkina Faso, il existe un amalgame de certaines pratiques contemporaines de corruption qui tirent leur fondement des traditions ancestrales (REN-LAC, 2015). Il s'agit notamment des présents socialement admis que les sujets apportent pour honorer l'autorité dans la société traditionnelle. On constate un transfert d'attitudes et de comportements similaires de la part des utilisateurs des services publics sur les agents qui incarnent l'autorité de l'Etat. Dans l'un ou l'autre cas, ces présents sont faits en guise de reconnaissance ou pour espérer officieusement être dans ses bonnes grâces. Dans la Loi n°004-2015/CNT portant prévention et répression de la corruption au Burkina Faso, les législateurs sont visiblement confrontés aux mêmes difficultés à définir la corruption et finissent par un sous-entendu à son article 31, alinéa 2 et 3 en disant qu'il est puni :

- Quiconque promet, offre ou accorde à un agent public, directement ou indirectement un avantage indu, soit pour lui-même ou pour une autre personne ou entité, afin qu'il accomplisse ou s'abstienne d'accomplir un acte dans l'exercice de ses fonctions ;
- Tout agent public qui sollicite ou accepte, directement ou indirectement, un avantage indu, soit pour lui-même ou pour une autre personne ou entité, afin d'accomplir ou de s'abstenir d'accomplir un acte relevant de ses fonctions.

Si pour la Banque Mondiale citée par Yamb et Bayemi (2021, p.68) elle est « un abus de la charge publique pour un profit privé », au Burkina Faso, le REN-LAC (2015, p.60) va dans le même sens pour dire qu'il s'agit d'« un abus de fonctions publiques à des fins personnelles ». Mais, la définition populaire en *mooré* qui nous paraît être complète, dit, « *niin-sāale yam raabo* », que l'on peut traduire approximativement par l'achat de conscience d'un agent quel que soit le domaine d'activité. Une fois que cela se réalise, il ne peut plus agir dans le respect des règles morale et éthique.

Au Burkina Faso, jadis les personnes malades se soignaient sur la base de remèdes naturels ou par des pratiques magico-religieuses (Fainzan, 1986 ; Nadembèga, 2010). Le pouvoir de guérir les malades était une action de pure charité et acquittée comme un sacerdoce. Le guérisseur traditionnel se considérait accomplir une mission de l'être suprême en sauvant des âmes en souffrance. Agir vénale ou à la recherche d'un profit privé ne faisait pas partie de sa logique car l'argent comme moyen de paiement était rarement observé. La santé était un bien pratiquement offert gratuitement vu le caractère symbolique de certains paiements qui étaient réclamés aux bénéficiaires. En effet, les paiements en nature étaient plus la règle dans les échanges entre les « médecins » traditionnels et leurs clients. S'il arrivait que la somme aussi modique soit-elle qui était réclamée par le soignant se révélait être hors de portée pour le malade, il était exempté simplement.

A cette époque, être soignant n'était pas aussi une profession mais une activité secondaire purement bénévole. Par conséquent, le bien-être et la satisfaction des besoins de ces personnes disposées à faire le bon samaritain ne dépendaient aucunement des fruits qui pouvaient être tirés des soins. Tout cela garantissait l'accès aux soins de santé à tous ceux qui étaient dans le besoin quel que soit leur statut socioéconomique. Quoi de plus normal puisque le pouvoir de guérir était aussi offert gracieusement ou hérité (Nadembèga, 2010). Depuis la rencontre avec l'Occident, les visions ont suffisamment évolué. Le transfert aux burkinabè de compétences thérapeutiques issues de la culture occidentale s'est

accompagné d'un changement de paradigme sur les pratiques dans les relations de soins. Ce changement est « caractérisé par l'afflux de nouveaux comportements contraires à la morale, à l'éthique et à l'esprit civique » (REN-LAC, 2015, p.3). Le service, du soignant qui est devenu un bien, fait l'objet d'un marchandage entre lui et les demandeurs de soins et, n'est plus à l'abri des actes de cupidité.

En outre, la lutte contre la maladie relève maintenant des missions régaliennes de l'Etat qui a jugé nécessaire de professionnaliser le métier de soignant et d'installer des centres spécialement dédiés à la pratique médicale. Au niveau de nombreuses formations sanitaires de base, de forts soupçons de corruption pèsent déjà sur les comités de gestion notamment des irrégularités dans la gestion des ressources financières constituées par les frais de consultation et de vente de médicaments (Sombié et *al.*, 2015). La marchandisation des soins est devenue une réalité dans les relations soignants – soignés et l'argent en est le principal régulateur de l'accès aux soins. Ce mécanisme d'échange a mis à rude épreuve l'éthique et la morale aussi bien chez les professionnels de santé que chez les utilisateurs des services de santé.

Bobo-Dioulasso, notre zone d'étude est la deuxième ville du Burkina Faso, pays situé en Afrique occidentale. Elle est le chef-lieu de la province du Houet et de la Région des Hauts-Bassins. Située sur la route nationale n°1, elle relie par voie terrestre les pays limitrophes que sont la Côte d'Ivoire, le Mali et le Ghana. Selon le 5^e et dernier recensement général de la population et de l'habitation de 2019 de l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), elle compte 904 920 habitants soit, 16,9% de la population urbaine nationale (INSD, 2022). L'organisation du système national de santé a offert à la ville un centre hospitalier universitaire (CHU) et deux districts sanitaires que sont Dô et Dafra doté chacun d'un hôpital de district. L'offre de soins dans les centres de santé publics, est constituée de soins primaires et tertiaires. Les soins primaires sont dispensés au niveau des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et des centres médicaux (Ministère de la santé, 2022). Les soins tertiaires sont possibles au niveau du centre hospitalier universitaire.

Depuis quelques années on assiste dans les centres de santé du pays à l'émergence et au développement de l'un des effets pervers de la marchandisation des soins en l'occurrence la corruption et autres pratiques assimilées autour des actes de soins. Cela est observé à chaque étape qui peut être « une occasion de prélèvements indus ou de sollicitations, auxquels le malade doit se plier pour pouvoir continuer son parcours » (Olivier De Sardan et *al.*, 2007, p.226). Et comme l'ont souligné Fassin et Olivier De Sardan (2013, p.332) « sans connaissance ni compréhension en profondeur de comment et pourquoi la corruption fonctionne, toute campagne de lutte contre la corruption est vouée à l'échec ». Si la plupart de ces études sur la question permettent d'avoir une idée sur les ramifications et la complexité du phénomène, très peu se sont intéressées à ses effets sur la qualité du service public de santé. Partant du cas des centres de santé publics installés dans la ville de Bobo-Dioulasso, qu'en est-il de la réalité de ces pratiques et de leurs implications sur la qualité du service public de santé ? L'objectif général poursuivi dans cette étude est de faire un état des lieux du phénomène de la corruption et des pratiques assimilées et de leurs conséquences sur la qualité du service public de santé. Il est soutenu par deux objectifs spécifiques dont l'un est de mesurer la prévalence de la corruption et des pratiques assimilées dans les centres de santé et l'autre, d'apprécier les effets de la corruption et des pratiques assimilées sur la qualité du service public de santé. Le postulat général est que la corruption et des pratiques assimilées sont des réalités qui influencent le bon fonctionnement des services publics de santé. De façon spécifique nous retenons, d'une part que la prévalence de la corruption et des pratiques assimilées varie suivant les niveaux de l'organisation des soins de santé et d'autre part, que la corruption et pratiques assimilées diminuent la confiance qu'ont les soignés des soignants engendrant parfois des conflits dans la relation de soins. Pour apporter des éléments de réponses, nous nous sommes appuyés sur les théories de l'interactionnisme symbolique avec Goffman (1968), la rationalité des acteurs dans la sociologie compréhensive de Weber que développent Montoussé et Renouard (1977) et, l'acteur et le système de Crozier et Friedberg (1977). La suite du travail se décline d'abord sur la méthodologie de l'étude, ensuite les résultats et, enfin, une discussion.

2. Matériaux et Méthodes

Cette partie comprend la description des méthodes d'investigation, de l'échantillonnage, de l'éthique de la recherche et du traitement des données.

2.1. Méthodes d'investigation

Il s'agit de la méthode mixte basée sur les principes du devis mixte simultané avec triangulation (Briand et Larivière, 2014). La combinaison des méthodes qualitative et quantitative permettrait d'une part « de faire la recherche avec plusieurs points de vue afin de fournir une compréhension par de multiples perspectives. D'autre part, (...) de maximiser les types et la quantité d'informations disponibles pour répondre de façon plus efficace et efficiente à des questions de recherche » (Bujold et Pluye, 2018, p.72). L'analyse a consisté à mesurer par la méthode quantitative l'ampleur de la corruption et les pratiques assimilées suivant le niveau d'offre de soins dans la ville du niveau CSPA, hôpital de district et le CHU. L'approche qualitative qui a consisté à des entretiens semi-directifs a permis aux soignants, personnes malades et leurs accompagnants de se prononcer sur les conséquences de ces pratiques sur la qualité des soins.

Ces approches ont été simultanément utilisées pendant les phases de conception des outils de collecte et de l'analyse des données. Ainsi, les questionnaires adressés aux soignants et soignés sont constitués des questions semi-ouvertes pour permettre la justification de réponse au besoin de certaines questions fermées. En outre, des guides d'entretiens ont été conçus à l'endroit des personnes ressources pour recueillir leurs perceptions sur la corruption et les pratiques assimilées dans les centres de santé publics. Les données quantitatives et qualitatives ont été collectées au même moment. Le traitement simultané des données a permis d'obtenir d'abord des indicateurs quantifiés sur le phénomène. Ensuite, il a permis de comprendre les raisons profondes en se référant aux justifications et explications qui sont apportées par les enquêtés à l'occasion des entretiens.

Des soignants et soignés ont été contactés au niveau des CSPA (Bolomakoté, Sarfalao et Secteur 24), les hôpitaux de district de Dafra et de Dô, les départements de gynécologie obstétricale et médecine de la reproduction (DGOMR) et de chirurgie du centre hospitalier universitaire Sourô Sanou (CHU-SS). La phase empirique s'est déroulée du 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS dans le cadre de l'élaboration du master de recherche en Sociologie et complétée du 15 mai 2020 au 04 mars 2021 au niveau des CSPA et des hôpitaux de district (HD), cette fois-ci pour la rédaction de notre thèse de Doctorat unique en Sociologie.

2.2. Echantillonnage

En adéquation avec la méthode mixte, l'échantillonnage a été fait par méthode.

2.2.1. Méthode quantitative

L'échantillonnage a été aléatoire à degré 3 en ce qui concerne les centres de santé sites de l'étude. Au 1^{er} degré un tirage aléatoire simple est tombé sur le district sanitaire de Dafra. Au 2^{ème} degré trois CSPA urbains de ce district parmi les six qu'il compte ont été tirés. Cette liste a été complétée à quatre par l'hôpital dudit district parce qu'il est le centre de référence des CSPA. Quant au 3^{ème} degré, il concerne les enquêtés. La configuration de la relation de soins montre deux principaux acteurs en interactions que sont les soignants et les soignés. Nous avons constitué un échantillon aléatoire stratifié non-proportionnel dont l'un a regroupé les soignants (strate 1) et l'autre les soignés (strate 2) :

- Pour la strate 1, un échantillonnage accidentel a été réalisé et a consisté à interroger les agents de santé dans chaque service : médecin, paramédical et personnel de soutien. Le total des effectifs du personnel soignant de tous les sites est de 418 agents. Avec une proportion P égale 50% et en appliquant la table d'estimation d'un échantillon avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de +/-5% (Dépelteau 2003, p.233) à l'effectif total, l'échantillon représentatif est de 196 individus.
- Pour la strate 2, l'échantillonnage est accidentel et a consisté à enquêter les soignés (personnes malades et accompagnants). Dans cette strate, il n'a pas été possible de projeter un échantillon représentatif parce que la taille de la population mère n'est pas connue. En

effet, quotidiennement il y a une variation du nombre des personnes soignées dans les services (consultation en ambulatoire, décès, transferts, évacuations, exéats, etc.).

2.2.2. Méthode qualitative

L'échantillonnage est de type raisonné et par jugement consistant à nous adresser aux acteurs qui étaient en mesure de fournir des informations pertinentes sur le phénomène de corruption et pratiques assimilées. C'est ainsi que ces entretiens ont été faits avec des agents de santé responsables administratifs de service et d'unité de soins, des organisations professionnelles de santé dont des syndicats et des ordres professionnels¹. La saturation thématique de l'information a été déterminante dans la taille des informateurs. En effet, nous avons observé une décroissance de nouvelles informations sur les différents thèmes abordés à partir de la vingtième interview dans la catégorie des responsables de service de santé. Ce qui nous a poussé à trianguler à la catégorie des responsables des organisations syndicales et des Ordres professionnels des travailleurs de la santé, pour recueillir leurs expériences, afin d'enrichir les précédentes informations comme le souligne Olivier De Sardan (2008).

2.3. Outils et techniques de collecte de données

Les outils utilisés sur le terrain comprennent un guide d'entretien pour l'enquête qualitative et deux questionnaires comportant à la fois des questions fermées et semi-fermées pour l'enquête quantitative dont l'un pour les soignants et l'autre pour les soignés. Outre les questions se rapportant aux caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, les autres ont porté sur les expériences des soignants et des soignés sur les pratiques de corruption et assimilées (vente de médicaments et autres produits, de rackets) dans les services de santé ainsi que les raisons pouvant justifier ces pratiques.

Les thèmes abordés lors des entretiens ont porté sur les perceptions des interviewés sur la qualité des relations soignants – soignés. Précisément, il s'est agi d'évoquer avec eux les raisons de la dégradation de nos jours de la qualité des relations soignants – soignés, la responsabilité des soignants et des soignés dans l'émergence des conflits soignants – soignés, le paradoxe entre l'institution de mesures sociales (subvention, gratuité, exemptions, etc.) qui sont sensées faciliter l'accès aux soins et la persistance des conflits soignants – soignés et enfin, le lien entre motivations financières des agents et la qualité de soins.

Les techniques utilisées sont l'enquête par questionnaire et les entretiens individuels semi-directifs.

2.4. Ethique de la recherche

L'enquête terrain a été rendue possible par l'obtention des autorisations de collecte des données accordées par le Directeur régional de la santé des Hauts-Bassins et le Directeur général du CHU-SS. La participation de tous les enquêtés à la collecte des informations a été volontaire. Il en est de même pour les entretiens enregistrés qui l'ont été avec leur accord. Aucune rémunération n'a été proposée ni exigée. Ils ont été informés des mesures prises pour préserver l'anonymat et la confidentialité de leurs données personnelles et ont donné leur accord verbal. A ce titre, pour illustrer les verbatim, nous avons utilisé les abréviations "Sgt" pour ceux venant des soignants et "Sgn" pour les soignés suivi du numéro d'ordre porté sur la fiche d'enquête

2.5. Traitement des données

Les données quantitatives préalablement recueillies sur le terrain sur support papier ont été saisies sur un masque conçu avec le logiciel Sphinx Plus² (V5) et dépouillées automatiquement. L'usage de cet outil a permis de présenter les résultats et de les analyser sous forme de tableaux et de figures pour appuyer les informations issues des données qualitatives. Le traitement de texte a été fait avec *Microsoft 365 Word* pour ce qui concerne les données qualitatives. En effet, les entretiens enregistrés

¹ - Syndicat national des travailleurs de la santé humaine et animale
 - Syndicat des médecins du Burkina Faso
 - Ordre national des médecins du Burkina Faso
 - Ordre national des infirmiers et infirmières du Burkina Faso

ont été transcrits et leurs contenus analysés par sous thème. Les verbatim qui sont employés dans le texte sont issus des entretiens sur le terrain.

3. Résultats

Après avoir présenté quelques caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, suivent les perceptions des soignés et des soignants sur le phénomène de la corruption et pratiques assimilées dans les centres de santé

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

3.1.1. Récapitulatif des enquêtés selon la méthode quantitative

Dans un souci de concision, nous avons présenté juste une vue synoptique des caractéristiques essentielles des enquêtés. Les statistiques du tableau 1 laissent voir que les paramédicaux sont les plus nombreux parmi les soignants enquêtés, soit 90%. Cela se justifie par le fait que cette catégorie de personnel constitue le plus gros effectif dans les structures sanitaires et présent à tous les échelons de l'offre des soins. Le personnel médical quant à lui est faiblement présent dans les hôpitaux de district et absent au niveau des CSPS au moment de notre passage. Le personnel de soutien aux activités de soins est aussi effectif très réduit à tous les niveaux. Tous étant en contact avec les malades et leurs accompagnants, ils peuvent être impliqués de près ou de loin ou bien avoir connaissance de cas de corruption et pratiques assimilées et leurs expériences contribuent à l'atteinte de l'objectif de cette étude.

Tableau 1 : Répartition des enquêtés de la strate 1 par profession

Profession	Nombre de citation	Fréquence
Paramédicale	179	90,4%
Médicale	10	5,1%
Personnel de soutien	9	4,5%
Total	198	100%

Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021 au niveau de l'hôpital du district et les CSPS du district sanitaire de Dafra.

Le tableau 2 qui suit nous montre la répartition des enquêtés de la strate 2. Ils sont au total 131 personnes soignées qui ont été enquêtées. Les 38 sont des personnes malades et 93 sont des accompagnants. Habituellement le concept de soigné renvoie à la personne malade qui reçoit les soins. Cette conception est réductrice pour cerner les réalités et les implications de la corruption dans les pratiques de soins. Personnes malades et accompagnantes ont des intérêts communs pour lesquels ils développent individuellement ou en concertation des stratégies de préservation ou de défense si bien que ces deux voix méritent d'être entendues. Leurs expériences sont importantes pour comprendre surtout les motivations des corrupteurs. Du reste, le tableau 6 est illustratif de leur implication.

Tableau 2 : Répartition des enquêtées de la strate 2

Statut social	Nombre	Fréquence
Malade	38	29%
Accompagnant	93	71%
Total	131	100%

Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021 au niveau de l'hôpital du district et les CSPS du district sanitaire de Dafra.

Sur le tableau 3 la majorité des enquêtés sont des hommes et les accompagnants sont les plus nombreux. Cette situation s'explique par le fait que les accompagnants sont plus disposés à échanger que les malades dans ces circonstances spécifiques de la maladie étant donné que la participation est

volontaire. Quant au nombre élevé des hommes par rapport aux femmes, cela s'explique par le contexte social car dès lors qu'un homme se trouve parmi l'entourage accompagnant le malade, la parole lui revient le plus souvent. Rarement, une femme accepte s'exprimer quand elle est en compagnie d'un homme. Les modalités homme ou femme sont aussi importantes à prendre en compte pour avoir une idée des expériences particulières ainsi que les cibles privilégiées des agents corrompus.

Tableau 3 : Répartition des enquêtes de la strate 2

Statut social	Malade	Accompagnant	Total
Civilité			
Homme	8	69	77
Femme	30	24	54
Total	38	93	131

Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021 au niveau de l'hôpital du district et les CSPS du district sanitaire de Dafra.

3.1.2. Récapitulatif des enquêtes selon la méthode qualitative

S'agissant de l'approche qualitative, 32 entretiens ont été réalisés dont 27 auprès de responsables de service et d'unités de soins. Le tableau 4 récapitule tout cela.

Tableau 4 : Récapitulatif des entretiens

Informateurs	Entretiens réalisés
Personnel soignant responsable de service et d'unité de soins	27
Responsables des organisations professionnelles	5
Total	32

Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021.

En ce qui concerne particulièrement les responsables des organisations professionnelles, ils appartiennent au syndicat national des travailleurs de la santé humaine et animale (SYNTSHA), du syndicat des médecins du Burkina (SYMEB) et des Ordres professionnels dont l'Ordre national des médecins du Burkina (ONMB) et l'Ordre national des infirmiers/infirmières du Burkina (ONIB). Leur rôle dans le fond étant de défendre l'intérêt de la profession et des pairs, ils sont impliqués dans les instances de résolution de crises notamment celles en rapport avec la corruption et pratiques assimilées. De ce fait, ils sont poussés à observer au quotidien les pratiques des membres de leurs organisations.

3.1.3. Perceptions des soignés sur la corruption et pratiques assimilées

Ces pratiques sont diverses et multiformes. Elles concernent la concussion, les rackets, les vols de médicaments, les ventes illicites de médicaments, les détournements de malades des services publics pour les cliniques. Elles ont pour dénominateur commun le fait d'être des actes qui sont prohibés dans les interactions soignants - soignés. Elles engendrent une crise de confiance et le sentiment d'injustice chez les personnes malades et leur entourage dans les centres de santé comme l'illustrent les propos de ce sexagénaire illettré rencontré au niveau de l'hôpital de district de Dafra qui souligne,

ce sont nos enfants qui nous volent. Les agents de santé que l'Etat recrute pour travailler à son compte sont des burkinabè, donc nos enfants. Comment comprendre que ces derniers montent des plans pour détourner les produits de la gratuité qui nous sont destinés ? Celui-là qui a décrété la gratuité des soins ne peut pas être sur le terrain pour la mettre en œuvre. Comme le proverbe populaire le dit, ce qui détruit la graine ne vient pas de l'extérieur, mais de l'intérieur. (Entretien du 07/07/2020 à l'hôpital de district de Dafra).

Le tableau 5 résume les réponses à la question de savoir si le malade ou l'accompagnant a effectivement eu à donner de l'argent pour avoir des soins ou acheté de médicaments avec un agent de santé durant leur séjour ?

Tableau 5 : Expériences des soignés sur la corruption et pratiques assimilées selon le centre de santé

Centre de santé	CSPS	CMA/HD	CHU-SS	Total
Corruption et pratiques assimilées				
Non réponse	11,5%	3,8%	0,0%	3,1%
Oui	26,9%	30,8%	21,5%	24,4%
Non	61,5%	65,4%	78,5%	72,5%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021 au niveau de l'hôpital du district et les CSPS du district sanitaire de Dafra.

Le tableau 6 montre que les faits de corruption et autres pratiques prohibées sont présents dans tous les centres de santé. L'ampleur du phénomène est très significative vu les limites que cela pourrait présenter pour l'accès aux soins. Ce qui nous est donné de voir montre qu'elles sont légèrement plus en hausse au niveau des hôpitaux de district avec 30,8% comparativement aux autres centres de santé soit 26,9% en CSPS et 21,5% au CHU-SS. A ce propos, ce monsieur, chef d'entreprise, ayant accompagné son épouse qui a subi une césarienne à l'hôpital de district de Dafra raconte,

pendant mon séjour ici, j'ai eu des malaises et j'ai voulu savoir si ce n'était pas le palu. Alors l'agent de santé qui m'a consulté m'a pris 2 000 francs [CFA²] pour faire le test rapide du palu et 1 000 francs [CFA] pour sa consultation. Je lui ai remis 5 000 francs [CFA] et j'attendais de prendre ma monnaie quand celui-ci me dit, tu me laisses en même temps la monnaie non ! J'ai finalement cédé et je suis parti. [Il poursuit],

C'est vrai que je n'ai pas payé pour l'intervention de madame. Cependant, après l'acte, j'ai été contraint de partager au moins 15 000 francs [CFA] aux soignants ayant fait l'intervention qui me réclamaient par ci par là. Pour justifier cela, on m'a dit que si je devrais faire cette intervention en clinique, la césarienne fait environ 400 000 francs [CFA]. A mon avis, si tu n'as pas de moyens financiers, il ne faut pas t'attendre à avoir de bons soins. (Entretien du 18/06/2020 à l'hôpital du district de Dafra).

Un deuxième témoignage d'un autre accompagnant, gendarme de profession, rencontré dans un CSPS :

durant l'hospitalisation d'un collègue en traumatologie à Sourô SANOU, une nuit, un infirmier nous a fait une prescription. Nous avons fait le tour des pharmacies sans pouvoir trouver le produit en question. Au retour, après lui avoir rendu-compte, il nous dit qu'il était persuadé que nous n'allions pas trouver le produit en pharmacie. Il nous dit maintenant qu'il l'a, et que si nous en voulons il va nous le céder. Ce que nous avons fait puisque nous n'avions pas une autre alternative. Le lendemain nous nous sommes rendus en tenue pour rendre visite au collègue. Depuis ce jour et jusqu'à ce que le collègue soit libéré, nos chemins ne se sont plus croisés (rire). (Entretien du 15/09/2020 au CSPS de Bolomakoté).

Terminons par cette autre expérience qui a été vécue au niveau du CHU :

j'ai accompagné ma tante au CHU-SS. On lui a prescrit trois boîtes d'un médicament dont l'unité coûte 7 500 francs [CFA] dans les pharmacies privées. Quand je m'apprêtais à aller les chercher à l'officine, un agent m'a appelé et m'a proposé de me les céder à 5 000 francs [CFA]. Je me suis posé la question de savoir si réellement la prescription répondait aux besoins de soins ou bien c'est juste pour faire sortir ses produits ? Plusieurs questions me tournaient dans la tête sur la rationalité de cette prescription. Mais, j'ai pris ses produits pour éviter les problèmes quoi. (Entretien du 17/06/2020 à l'hôpital de district de Dafra).

² 1€ = 655,9 FCFA

Tableau 6 : Expériences sur la corruption et pratiques assimilées vécues selon le statut du soigné

Statut social	Malade	Accompagnant	Total
Corruption et pratiques assimilées			
Non réponse	0,0%	4,3%	3,1%
Oui	26,3%	23,7%	24,4%
Non	73,7%	72,0%	72,5%
Total	100%	100%	100%

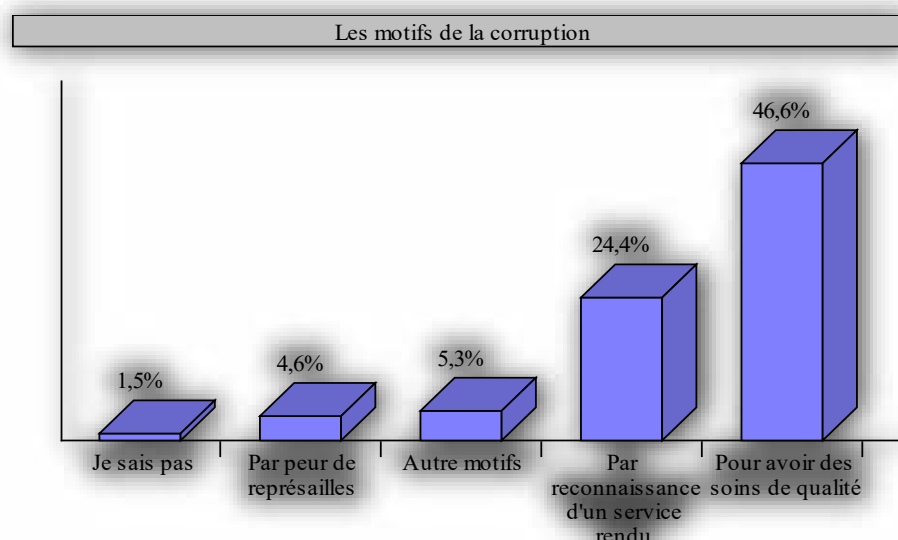
Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021 au niveau de l'hôpital du district et les CSPS du district sanitaire de Dafra.

A la lecture des indicateurs du tableau 6, les expériences réelles de corruption et pratiques prohibées, les malades comme les accompagnants ont été sensiblement victimes au même titre en témoignent le taux respectivement 26,3% et 23,7%. Sur ce, un homme d'une quarantaine d'années accompagnant sa femme référée du CSPS de Soumouso, un village situé à 50 kilomètres environ de Bobo-Dioulasso rencontré à l'hôpital de district de Dafra exprime sa déception :

la souffrance de la population, ce n'est pas la faute du Président. Ce sont les agents de santé. Ma femme est venue pour une opération parce qu'elle n'arrive pas à accoucher. L'opération s'est bien passée et après, l'agent de santé qui était de garde est venu avec une ordonnance. A la pharmacie interne, nous avons eu tous les médicaments. Après il est revenu avec une autre ordonnance et nous dire que ce produit n'est pas disponible à la pharmacie alors qu'il est très important pour ma femme. Il ajoute qu'il l'a avec lui, mais ça coûte 12 000 francs [CFA]. J'étais obligé de l'acheter avec lui puisque c'est lui qui doit suivre ma femme toute la nuit. Je sais qu'il ne dit pas la vérité, mais pour ce montant, je ne peux pas mettre la vie de ma femme en danger. Est-ce que ça, c'est la faute du Président ? Non ! Ce sont plutôt les agents qui sont contre la gratuité des soins. Donc, avec ces pratiques je ne peux qu'être insatisfait, pas des soins qu'elle a reçus, mais du comportement des agents de santé. (Entretien du 18/06/2020 à l'hôpital de district de Dafra).

Pour cet accompagnant, Sgn 55 ayant 41 ans, citadin, hospitalisé au CHU-SS, raconte, un agent est venu proposer un médicament qui a été prescrit à mon voisin à 25 000 francs [CFA] sous le prétexte qu'il ne peut pas le trouver en pharmacie. Il a refusé de l'acheter avec lui et est allé payer le même produit à 8 000 francs [CFA] à la pharmacie. Comment pouvez-vous comprendre cela ? (Entretien du 31/03/2018 au département de chirurgie du CHU-SS).

Mais pourquoi les soignés ont-ils été amenés à corrompre d'une manière ou d'une autre les agents de santé ? Les raisons qui ont été avancées figurent dans le graphique 1.



Graphique 1 : Les motifs de corruptions évoqués par les soignés

Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021 au niveau de l'hôpital du district et les CSPS du district sanitaire de Dafra.

Si certains évoquent l'ignorance, d'autres ont des explications rationnelles avec deux principales raisons qui justifient les faits de corruption. Il y a ceux qui les pratiquent pour avoir des soins de qualité notamment pour les avoir rapidement soit 46,6% des soignés enquêtés. D'autres, soit 24,4% l'ont fait en guise de remerciement à un service rendu. Autrement dit, un service qu'ils estiment avoir été bien fait et même que le soignant s'est surpassé comme ce nouveau père interrogé à la maternité de l'HD : la sage-femme est sortie m'annoncer la bonne nouvelle à savoir que l'accouchement s'est bien passé mais qu'elle a besoin de couches qui coûtent 2 500 francs [CFA]. J'ai donné 5 000 francs [CFA] et en lui disant de garder le reste soit les 2 500 francs [CFA] parce que je suis content. Je ne considère pas ça comme un acte de corruption. (Entretien du 18/06/2020 à l'hôpital de district de Dafra).

A côté de ces raisons, il y a également des soignés soit 4,6% des enquêtés qui tombent dans les pratiques corruptives par peur de représailles de la part des soignants. S'il est vrai que dans les réponses des soignés que les pratiques prohibées sont légion dans la relation de soins, l'expérience des soignants sur le phénomène nous permet de confronter ces faits qui ont été évoqués par les soignés. Par conséquent, il importe de présenter leurs expériences sur le phénomène.

3.1.4. Perceptions des soignants sur la corruption et pratiques assimilées

Parmi les arguments souvent développés dans les causes des conflits soignants – soignés, il est fait cas des corruptions, des ventes illicites de médicaments et des rackets des soignés par les soignants. Que pensez-vous de ces affirmations dans les réalités de votre service ? Une question visiblement gênante et embarrassante qu'il fallait répondre.

Tableau 7 : Niveau de corruption et pratiques assimilées dans la relation de soins selon les soignants enquêtés

Centre de sante	CSPS	CMA/HD	CHU-SS	Total
Corruption et pratiques assimilées				
Non réponse	0,0%	1,8%	0,0%	0,5%
Je ne suis pas d'accord	10,5%	14,5%	7,0%	10,1%
Je ne sais pas	17,5%	0,0%	17,4%	12,6%
Je suis tout à fait d'accord	35,1%	23,6%	29,1%	29,3%
Je suis un peu d'accord	36,8%	60,0%	46,5%	47,5%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : Notre enquête de terrain, 26 février au 30 avril 2018 au CHU-SS et du 15 juin 2020 au 04 janvier 2021 au niveau de l'hôpital du district et les CSPS du district sanitaire de Dafra.

Han ! Long silence, baisse du regard, voix inaudible, rire, c'est un piège, c'est difficile de répondre à cette question, si vous permettez je peux revenir après sur cette question ?

Ces expressions et ces attitudes qui ont été remarquables lors des entretiens et particulièrement sur cette question sont illustratives des tortures et des troubles de conscience qu'elle a créés chez les répondants. Certains étaient très embarrassés par l'attitude convenable face à cette question. Faut-il mentir ou dire la vérité ? Ainsi dit, les réponses du tableau 7 ci-dessus ont été obtenues de gré auprès de certains enquêtés et presque à l'arracher auprès d'autres dans la mesure où ces derniers par mesure de prudence ont demandé la possibilité de donner leur réponse à la fin de l'entretien.

A l'analyse des réponses qui ont été données, on se rend compte que le phénomène de la corruption et les pratiques assimilées sont couramment vécus voire pratiqués à ciel ouvert dans ces centres de santé. En effet, seulement 10,1% des enquêtés « ne sont pas d'accord » que ces pratiques existent dans leur service, 12,6% tentent de dissimuler ces pratiques en bottant en touche en choisissant de répondre par « je ne sais pas ». A ce type de réponse, il faut douter de la sincérité des répondants. Ceux qui sont « tout à fait d'accord » que ces pratiques existent sont 29,3% et ceux qui sont un peu d'accord sont 47,5%. L'addition des soignants qui sont « tout à fait d'accord » et ceux qui sont « un peu d'accord » donne une prévalence de la corruption au sein des centres de santé que l'on peut estimer à 76,8% sans oublier que parmi ceux qui ont choisi de répondre par « je ne pas savoir » ce qui se passe dans leur service ne sont pas tous de bonne foi. En effet, il est difficile de croire à un professionnel qui, après avoir passé des années à travailler dans un service soit incapable de se prononcer clairement sur la présence ou non de la corruption et pratiques assimilées dans ce service. Ainsi, répondre par « je ne sais pas » semble plus à une stratégie de dissimulation voire une complicité des agents corrompus.

Pour d'autres comme cette accoucheuse, vendeuse en parallèle de layettes pour les nouveau-nés et de couches aux femmes nouvellement accouchées, elle leur fait du bien en leur rapprochant de ce dont elles ont besoin immédiatement pour se protéger ainsi que leurs nouveau-nés. Selon ces explications, les couches modernes leur offrent un confort et un bien-être sanitaire parce que leur port permet d'éviter les infections post-partum³. Sgt 195 avec 5 ans d'ancienneté dans le service se défend en ces termes :

je vais chercher la layette chez les vendeurs de friperie que je lave correctement pour les revendre en cherchant juste un petit bénéfice. Pour éviter les crises de jalousie entre nous, j'ai conseillé les autres de se procurer également. Comme cela, si tu fais un accouchement, tu proposes à la femme pour voir si elle est intéressée ? Où est le racket dans ça ? (Entretien du 30/12/2020 au CSPS du secteur 24).

³ Les infections bactériennes qui surviennent après l'accouchement dont la plupart sont liées à l'absence d'hygiène.

3.1.5. Corruption, pratiques assimilées et conflits soignants - soignés

Les implications de ces pratiques sont la détérioration de la qualité des soins qui sont offerts aux patients non-clients. Le témoignage suivant en dit long :

les accouchées se plaignent que les agents leur imposent d'acheter les couches et autres biens. Ils les obligent à payer cinq couches parfois à raison de 1000 francs [CFA] l'unité. Pour moi, cela ne doit pas être obligatoire, on propose et si elle est intéressée, elle va payer. Mais on ne doit pas aller jusqu'à conditionner sa prise en charge par l'achat des produits secondaires. Malheureusement, ce n'est pas le cas, parce qu'une enseignante que j'ai suivie personnellement l'évolution de sa grossesse, j'ai eu à préparer avec elle les conditions de son accouchement pendant sa CPN⁴. De ce fait, elle est venue avec tout le nécessaire le jour de l'accouchement y comprises ses couches.

Les agents qui étaient programmés en salle d'accouchement ce jour ont refusé de faire la réparation des déchirures qu'elle a eues lors de son accouchement tout simplement parce qu'elle avait des couches dans ses bagages. Elle a été abandonnée à l'équipe qui devait monter alors qu'elle devait avoir aussitôt les soins nécessaires. Donc, il y a des conflits parce que certains rejettent les couches apportées du domicile. Pire, à cause de ça, la parturiente peut manquer de soins.

Il y a également qu'on oblige les femmes césarisées à porter les couches alors que c'est contre-indiqué. Cela traduit que l'on n'est plus soucieux de la santé des patientes simplement parce qu'on veut s'enrichir. Le port des couches cache les saignements probables qui permettent de suivre la femme après l'intervention pour prévenir les complications. (Entretien du 23/02/2021 à l'hôpital de district de Dô).

Il n'y a pas que dans les maternités où les pratiques de corruptions et de rackets se font. Dans un dispensaire d'un CSPS, Sgt 145, infirmier très expérimenté raconte qu'un agent de santé qui est intelligent ne doit pas avoir un conflit ouvert avec un malade ou un accompagnant :

sa sanction, c'est son stylo qui lui permet de faire une prescription irrationnelle mais très coûteuse, car au lieu de lui prescrire des médicaments génériques, il lui prescrit des spécialités.

J'ai trouvé un jour un collègue en conflit avec un accompagnant parce qu'il refuse de lui payer l'argent d'un produit qui est déconseillé d'ailleurs à savoir le novalgin qu'il a injecté à son malade. Le collègue pour intimider le monsieur, lui dit qu'il va le convoquer chez le major. Je l'ai tiré de côté pour lui dire qu'il est bête. Si ce n'est pas du suicide, comment quelqu'un qui est en faute peut-il penser à convoquer sa victime au commissariat ?

Il faut toujours sanctionner positivement, c'est-à-dire au lieu de lui prescrire les génériques qui coûtent moins cher, tu mets des spécialités. Par exemple amoxicilline qui coûte 1 000 francs [CFA] peut soigner son problème. Mais non, tu lui prescrais amox+acide clavulanique au prix de 7 000 francs [CFA] ou bien le clacin à 8 000 francs [CFA]. (Entretien du 15/09/2020 au CSPS de Bolomakoté).

Dans la même logique que l'infirmier précédent, cette accoucheuse brevetée, Sgt 187 déclare :

je suis le sexe faible, c'est vrai, mais si un accompagnant ou une malade me provoque, je sais comment me venger. Je le réfère au CHU avec comme motif de référence, souffrance fœtale. C'est moi qui écoute les bruits cardiaques, donc, j'ai toujours un moyen pour me défendre. (Entretien du 31/10/2020 au CSPS de Sarfala).

Concluons sur le phénomène avec les commentaires de deux responsables de service,

effectivement, ces questions nous parviennent malheureusement de la part des soignés qui paient dans le circuit noir des prestations sans laisser de traces. Certaines viennent jusqu'à nous pour poser leurs problèmes et d'autres, non. Ceux qui reviennent à nous sont des soignés qui réclament des reçus lors des transactions à qui les agents indécents leur disent de partir avec leurs malades ailleurs. Ceux-ci rapportent qu'on leur dit que s'ils veulent un reçu, on va leur remettre leur argent et ils vont se débrouiller. (Entretien du 18/02/2021 à l'hôpital de district de Dô).

Quand je vois un clinicien en blouse qui se retrouve au labo avec des échantillons, pour moi, ce n'est pas normal parce que ça sent des rackets à quelque part puisque c'est la tâche de la fille ou du garçon de salle. La preuve est que dans les services cliniques, les soignés se plaignent qu'on a pris leur argent pour des examens. On met une organisation en place pour les soins, des soignants contournent cette organisation pour s'enrichir illicitement. Il y a un problème de vocation à quelque part. Tu es recruté

⁴ CPN : consultation prénatale. Elle est faite régulièrement suivant un calendrier chez la femme gestante. Elle se termine dans les normes par un suivi des conditions optimales pour l'accouchement.

pour effectuer un métier qui se décline en un certain nombre de tâches à exécuter ; si tu fais autre chose que ce qui est de ton rôle, il y a un problème à clarifier et tu dois une lettre d'explication en principe. Dans une unité de soins, les infirmiers ont décidé de ne plus faire de prélèvements de sang chez les malades parce que tout simplement nous avons interdit qu'ils ne se rendent eux-mêmes au labo avec des échantillons. C'est un exemple de l'absence de vocation parce que l'on ne doit pas s'enrichir illicitement et au détriment du malade. Les agents mettent en place un réseau et ils s'enrichissent sur le dos de la structure et ils détériorent en plus son image. La situation des rackets est telle que si l'on était dans une structure privée, la solution ne peut qu'être radicale à savoir procéder à des licenciements avec paiement des droits sociaux et renouveler le contrat social et individuel parce que l'on atteint un niveau de déchéance morale qu'il faille passer par là. (Entretien du 22/02/2021 à l'hôpital de district de Dô).

S'il en est ainsi de l'état des lieux du phénomène de la corruption et pratiques assimilées et de ses implications sur la qualité des soins, quels rapports nos résultats ont-ils avec les autres précédentes études effectuées au Burkina Faso ou ailleurs ?

4. Discussion

Elle porte sur deux principaux éléments à savoir les manifestations et les causes de la corruption et pratiques assimilées d'une part et leurs conséquences sur la qualité des soins d'autre part.

4.1. Manifestations et causes de la corruption et pratiques assimilées dans les centres de santé

Nos résultats montrent que de manière constante et dans tous les centres de santé, il existe une prédation sur les ressources des soignés. Ces pratiques sont parfois à l'origine de conflits dans les relations soignants – soignés. Le phénomène de la corruption et les pratiques assimilées est une réalité dans les services de santé qui est perçue des soignants enquêtés avec une prévalence de 76,8%. Sur l'ensemble des centres de santé, 24,4% des soignés ont affirmé avoir été effectivement victimes durant leur séjour. Les acteurs du milieu qui sont rationnels ont tendance à imiter les mauvaises actions à tous les niveaux, pourvu que celles-ci satisfassent leurs intérêts (Crozier et Friedberg, 1977 ; Montoussé et Renouard, 1997). Ainsi, les cas réels de corruption et pratiques assimilées dans notre étude par niveau se présentent comme suit : 30,8% dans les hôpitaux de district, 26,9% au niveau des CSPS et 21,5% au niveau du CHU-SS.

Les réalités sur ces pratiques qui sont entièrement prohibées que nous avons découvertes sont presque au même niveau de prévalence que celui rapporté par le REN-LAC (2018). En effet, il révèle que sur le territoire national burkinabè, 26,7% des malades et des accompagnants interrogés ont donné de l'argent pour avoir des soins ou ont eu connaissance de personnes ayant été victimes de telles pratiques. A ces formes de corruption associées aux prestataires de soins de santé ci-dessus citées, le PNUD (2011, p.22) ajoute l'absentéisme par le fait de « ne pas se présenter pour un travail donné et d'exiger un salaire ».

D'autres travaux antérieurs ont montré que la corruption et ces pratiques assimilées ont été enchâssées socialement dans les centres de santé en ce sens qu'elles ont été intégrées à leur mode de fonctionnement (Sombié et *al.*, 2015). L'analyse de la question dans les pays du Sud par les devanciers de deux décennies plus tôt (Dujardin, 2003 ; Jaffré et Olivier De Sardan, 2003) sont édifiantes là-dessus. On peut affirmer que ces pratiques ont la peau dure. Elles touchent aussi bien les intérêts individuels que ceux des structures sanitaires. Pour ces dernières, il s'agit des détournements, des surfacturations et la vente illicite de médicaments destinés à être offerts gratuitement à des couches vulnérables (Sombié et *al.*, 2015) diminuant ainsi leurs ressources financières en plus d'entacher leur notoriété. Le système de santé lui-même étant à plusieurs niveaux victime de la grande corruption (REN-LAC, 2018). Nous avons également constaté des faits similaires qui menacent les intérêts du malade à savoir la concussion, les rackets, les ventes illicites de médicaments et le commerce d'articles divers. Au niveau des hôpitaux camerounais, Yamb et Bayemi (2021) ont dénombré huit formes de corruption dans la relation de soins (consultation, médicament, certificat médical, chirurgie, accouchement, hospitalisation, urgence et détournement). Tous ces actes constituent pour les usagers des motifs de méfiance vis-à-vis du système peuvent se passer à toutes les étapes comme au Bénin et au Niger : « tri, présentation d'un carnet de santé, paiement d'un forfait, attente dans un service,

consultation, examens éventuels de laboratoire, hospitalisation éventuelle, achat de médicaments génériques au dépôt pharmaceutique, etc. » (Olivier De Sardan et *al.* 2007, p.226).

Sur ces faits, d'abord, Crozier et Friedberg (1977, p.11) nous rappellent que « l'acteur n'existe pas au-dehors du système qui définit la liberté qui est sienne et la rationalité qu'il peut utiliser dans son action. Mais le système n'existe que par l'acteur qui peut le porter et donner vie, qui seul peut le changer ». Il se trouve en pratique qu'il y a une différence entre les objectifs de l'organisation et ceux des individus. D'où par exemple la corruption et pratiques assimilées qui relèvent des stratégies des acteurs pour atteindre leurs fins au détriment de celles des centres de santé. Le système à défaut de pouvoir combattre cet enrichissement illicite, s'en accommode. Dans ce sens, la Loi n°57-2017/AN portant statut de la fonction publique hospitalière est une bénédiction à la corruption dans la relation soignant - soigné car son article 42, brouille davantage ses pistes. Il autorise exceptionnellement le fonctionnaire dans sa relation de soins à recevoir toute forme de motivations conformément à « l'hospitalité conventionnelle et des cadeaux mineurs d'une valeur inférieure à un seuil fixé par décret pris en Conseil des ministres ». L'amalgame des pratiques contemporaines et ancestrales dont le REN-LAC (2015) faisait allusion est d'une évidence dans cette Loi. Le flou conceptuel qui y est installé profite aux acteurs rationnels et malveillants.

Ensuite, dans l'interactionnisme symbolique, Goffman souligne que les cadres et les institutions totales comme l'hôpital jouent un rôle dans la transformation des individus. Ceux-ci s'adaptent aux normes formelles et informelles des institutions comme il le prouve dans *Asile* où il a fait une monographie des interactions sociales des malades mentaux dans cet hôpital psychiatrique (Goffman, 1968). Cette réalité est aussi valable dans n'importe quelle autre institution car toutes les pratiques en vigueur ne peuvent pas être écrites mais vont s'imposer en définitive et influencer le processus de délivrance des services.

C'est pourquoi les pratiques de corruptions et assimilées considérées comme déviantes du point de vue des règles formelles de fonctionnement en ces débuts finissent par être 'normalisées' et ne dérangent que très peu d'agents et bon nombre d'utilisateurs. A ce sujet, Dujardin (2003) rapporte les réactions des personnels de santé sur le *feed-back* des résultats de leur étude, que les dénégations de ces pratiques étaient peu fréquentes et en plus ils justifiaient leur attitude en ces termes :

C'est normal de vendre des médicaments (...) aux patients, mais il ne faut pas exagérer. C'est normal si je reçois des cadeaux et si je fais payer ceux qui veulent passer avant ou qui sont recommandés, c'est normal si je vois aussi les autres. C'est normal que je vende des pagnes ou des brassières pour les bébés, je rends service aux jeunes mères, mais je ne dois pas demander un prix élevé (Dujardin, 2003, p.141-142).

Les corrupteurs (soignés) agiraient en grande majorité comme le montre le graphique 1 ci-dessus dans le sens d'avoir des soins de qualité. Dans un contexte où les ressources médicotéchniques sont insuffisantes, chacun doit se donner cette chance et cela est sans état d'âme pour son prochain pourvu que l'on arrive à sauver le sien. Ces comportements entrent dans le cadre des logiques interactionnistes où les actions d'un individu et le sens qu'il leur donne dépendent d'une multitude d'analyses de l'environnement. Sur les principales raisons qui sont avancées par les soignés pour s'adonner à la corruption des soignants dans notre étude, ce sont, l'accès rapide aux soins pour 46,6% et en guise de remerciement pour 24,4% des enquêtés. Sans remettre en cause les fondements des raisons avancées, il convient de souligner que c'est aussi une stratégie pour bénéficier d'une attention particulière telle que vue par Yamb et Bayemi (2021) au niveau des services de maternité au Cameroun.

4.2. Conséquences de la corruption et pratiques assimilées sur la qualité des soins

Comme la matérialité du soin (Tantchou, 2017) elles entraînent des tensions soignants – soignés parce que le mythe du soignant désintéressé, altruiste et humaniste est tombé. L'idée de matérialité postule que « soigner est aussi un art de faire avec l'espace qu'une pragmatique de l'espace » (Tantchou, 2017, p.72). Dans ce sens, elle a démontré que « l'inadéquation de la structure de l'espace aux activités de soins (...) et l'absence d'équipements et de consommables de première nécessité, expliquent en partie le comportement jugé négatif des soignants ». La corruption passive est en quelle que sorte une

stratégie de caporalisation du soignant développée par les soignés afin qu'il soit à leurs services au détriment d'autres malades. Le revers de cette pratique est qu'elle se transforme en une règle tacite et certains agents de santé font tout pour créer ce besoin. D'où les multiples plaintes qui sont à l'origine de conflits parce que les soignés soupçonnent également les soignants de poser des actes malsains à dessein. Ces situations de conflits ne sont jamais propices pour la sécurité du patient.

Le premier motif qui justifie la corruption des soignants est l'accès rapide aux soins selon 46,6% des soignés enquêtés. Parce qu'au fond, c'est quand ils constatent que le traitement ne va pas dans le bon sens que la corruption comme solution apparaît dans leur esprit. C'est ainsi que les dons et autres cadeaux en guise de remerciement tels qu'ils affirment visent à préserver de bonnes relations en ayant un interlocuteur privilégié dans l'équipe et une personne disponible sur qui s'appuyer en cas de besoins. Une fois pris au piège de la corruption il est difficile au soignant de garantir l'accès à des soins de santé de qualité à tous et sans distinction aucune comme le recommande le service public de santé (article 2 de l'Arrêté n°2007-240/MS/CAB). Dans le cas d'espèce de notre étude, ceux qui collaborent dans la corruption sont vus comme étant les « bons malades » dans une logique de recherche de clientèle. Ceux-ci bénéficient d'un meilleur traitement que ceux qui ne se sont pas intéressés ou qui ont résisté. Ces derniers ont été probablement obligés de recevoir des soins de qualité mitigée. Les témoignages confirment que des parturientes par exemple n'ont pas bénéficié de soins adéquats tout simplement parce qu'elles ont refusé de payer des produits que leur proposait le soignant. En outre, pour leur propre intérêt, des pratiques contre indiquées ont été imposées à des césariées comme le port de couches qui empêcherait de surveiller d'éventuellement saignements anormaux. D'autres malades ont reçu des prescriptions irrationnelles pour avoir refusé de payer des médicaments que leur proposait l'agent de santé, ont avoué certains soignants enquêtés.

Dans tous les cas on retient que les actions posées par le soignant tout comme le soigné sont rationnelles par rapport à une fin dans la mesure où chacun se fixe un but tout en se donnant les moyens de sa réussite (Montoussé et Renouard, 1997). C'est pourquoi par exemple afin de se protéger ou de se donner une « bonne conscience » les agents indécents préfèrent passer par la vente illicite de produits sous le prétexte de venir en aide à leurs victimes. Des doutes existent sur la qualité de ces produits à cause de la mauvaise conservation et de la contrefaçon médicamenteuse car étant hors du circuit officiel et réglementaire de distribution (Dujardin, 2003).

5. Conclusion

Les représentations socioculturelles de la maladie déstabilisantes associées aux contextes sociaux difficiles des centres de santé de la ville Bobo-Dioulasso embarquent soignants et soignés dans un mouvement de gré ou de force dans la corruption et autres pratiques assimilées. Notre étude a révélé une forte prévalence du phénomène et des cas avérés dont le taux est variable selon les niveaux (CSPS, HD et CHU). Ces attitudes et ces comportements anthropiques venant d'acteurs formatés par une culture professionnelle en violation flagrante de leur serment, créent la psychose chez les utilisateurs de services de santé par leurs agissements aux antipodes de la morale et de l'éthique. La position très asymétrique et déséquilibrée en faveur des soignants, façonnée par le contexte a été exploitée maladroitement par certains pour faire main basse sur le peu de ressources dont disposent les soignés en monnayant indûment des actes médicaux, en délivrant parfois des médicaments d'origine douteuse aux soignés et en leur imposant un commerce d'articles divers qui sont pourtant proscrits par la réglementation. Cela implique dans ces centres un accès inéquitable des malades aux soins de santé et une aggravation de la situation socio-sanitaire des soignés dont certains sont frappés par une pauvreté financière qui les exclut déjà du bénéfice des soins adéquats.

Malheureusement, toute forme de résistance ou tentative de résistance de la part des personnes malades ou de leur entourage à ces propositions indécentes, fait courir au malade un risque car il pourrait ne pas recevoir des soins adéquats. La multiplication des cas de corruption et pratiques assimilées a fini par semer le doute chez les soignés victimes, sur la bonne volonté de ces agents de santé de fournir des prestations de soins de santé conformes aux normes de qualité dans les centres de santé publics.

Remerciements

Ils vont à l'endroit de la direction régionale de la santé des Hauts-Bassins, de la direction générale du Centre hospitalier universitaire Sanou Souro de Bobo-Dioulasso ainsi qu'aux médecins-chef des districts sanitaires de Dô et de Dafra.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- AN. (2017). Loi n°57-2017/AN portant statut de la fonction publique hospitalière, Ouagadougou.
- Briand, C. et Lariviere, N. (2014). « Les méthodes de recherche mixtes : Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique », in CORBIERE (C) et LARIVIERE (N) (dirs), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociale et de la santé*, Presses de l'Université de Québec, pp. 625-648.
- Bujold, M. et Pluye, P. (2018). « Les défis de l'apprentissage des méthodes mixtes en sciences de la santé : le voyage de Candide à la recherche du meilleur des deux mondes » in BUJOLD Mathieu et coll. *Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé*, ACFAS, p.65-85
- CNT. (2015). Loi n°004-2015/CNT portant prévention et répression de la corruption au Burkina Faso, Ouagadougou.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil.
- Depelteau, F. (2003). *La démarche d'une recherche en sciences humaines*, Québec, De Boeck, Presses universitaires de Laval.
- Dujardin, B. (2003). *Politiques de santé et attentes des patients*, Paris, Karthala.
- Fainzan, S. (1986). *L'intérieur des choses, maladies, divination et reproduction sociale chez les Bissa du Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan.
- Fassin, D. et Olivier De Sardan, J.-P. (2013). « Logiques de la corruption » in FASSIN Didier et LEZE Samuel, *La question morale*, Paris, PUF, pp.330-341
- Goffman, E. (1968). *Asiles – études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris, Editions de Minuit.
- INSD. (2022). 5^{ème} recensement général de la population et de l'habitation du Burkina Faso
- Jaffre, Y. et Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière*, Paris, L'Harmattan.
- MINISTERE DE LA SANTE. (2022). *Annuaire statistique 2021*, Ouagadougou.
- MINISTERE DE LA SANTE. (2007). Arrêté n°2007-240/MS/CAB portant Charte de l'utilisateur des services de santé, Ouagadougou.
- Montousse, M. et Renouard, G. (1997). *100 fiches pour comprendre la sociologie*, Paris, Bréal.
- Nadembega, P. (2010). *La médecine des traditions africaines : concepts, recettes, plantes illustrées et un aperçu sur le cas des ethnies canadiennes*, s.l.
- Olivier De Sardan, J.-P., Bako-Arifari N. Et Moumouni, A. (2007). « La corruption dans

- le domaine de la santé » in GIORGIO Blundo et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (co-dir), *Etat et corruption en Afrique*, Paris, Kartala, pp.225-247
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif*, Louvain-La-Neuve, Bruylant-Academia s.a.
- PNUD. (2011). *Lutte contre la corruption dans le secteur de la santé : méthodes, outils et bonnes pratiques*, New York.
- Ren-Lac. (2015). *Rapport étude sur les valeurs morales, éthiques et civiques dans le cadre de la lutte contre la corruption au Burkina Faso*, Ouagadougou, collection REN-LAC.
- Ren-Lac. (2018). *Etude sur les présomptions de corruption et pratiques assimilées dans le système et les services de santé au Burkina Faso*, Ouagadougou, les éditions FGZ.
- Sombie, I., Amendah, D. et Soubeiga, K. A. (2015). « Les perceptions locales de la participation communautaire à la santé au Burkina Faso », Editions S.F.S.P., dans *Santé Publique* 2015/4 (vol. 27), pp. 557-564, DOI 10.3917/spub.154.0557.
- Tantchou, J. (2017). « En Afrique, la matérialité du soin au cœur des tensions soignants-soignés ? », Editions John Libbey Eurotext, dans *Sciences sociales et santé* 2017/4 (vol.35), pp.69-95, DOI 10.1684/sss.2017.0405
- Yamb, B. et Bayemi, O. V. (2021). « La corruption dans les hôpitaux publics au Cameroun », in NKAKLEU Raphaël, PLANE Jean-Michel, BIBOUM Altane Désiré, ONOMO Michel Bertrand Cyrille (coord.), *Théories et management des organisations*, EMS éditions, pp.68-93

@ 2025 KIEMDE, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative 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.

Facteurs associés à l'intention des parents d'adhérer à la vaccination des enfants contre la covid-19 dans la ville de Ouagadougou en 2023

Factors associated with parents' intention to adhere to childhood vaccination against COVID-19 in the city of Ouagadougou in 2023

Laure Tamini^{1,*}, Ahmed Kaboré², Kisito Nagalo¹, Diarra Yé¹, Nicolas Médà²

¹ Département de pédiatrie, Université Joseph Ki-Zerbo ; Ouagadougou, Burkina Faso

² Département de santé publique ; Université Joseph Ki-Zerbo ; Ouagadougou, Burkina Faso

*** Correspondance :** togleaure@yahoo.fr; Tel : +226 70 73 24 92

Résumé

L'amélioration de la couverture vaccinale dans les communautés a été une des alternatives pour freiner la pandémie à SRAS-CoV2 au Burkina Faso comme partout dans le monde. Le but de l'étude était de déterminer les facteurs associés à l'intention des parents d'adhérer à la vaccination des enfants contre la COVID-19 dans la ville de Ouagadougou. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique. La population d'étude était constituée par les parents d'enfant de moins 18 ans résidents dans la ville de Ouagadougou. L'étude a porté sur 499 parents ; 11,2% (n=56) d'entre eux étaient vaccinés contre la COVID-19. La proportion des parents qui avaient une attitude, des normes subjectives favorables et un niveau élevé du contrôle comportemental perçu face à la vaccination des enfants contre la COVID-19 était respectivement de 50,1% (n=250), 55,1% (n=275) et de 52,9% (n=264). Les parents enquêtés avaient l'intention de vacciner les enfants dans 20,2% (n=101) des cas. Les facteurs statistiquement associés à l'intention des parents d'adhérer à la vaccination des enfants contre la COVID-19 étaient l'âge du parent enquêté (OR=7,4 ; p=0,002), la vaccination du conjoint (OR=4 ; p=0,017), l'avis du référent (OR=7,5 ; p=0,000). L'intention parentale de faire vacciner les enfants est faible. La sensibilisation de la communauté sur la maladie à coronavirus et la vaccination doivent être poursuivies même en période d'accalmie afin d'améliorer la couverture vaccinale et éviter une recrudescence de la maladie.

Mots clés: Intention parentale - Vaccination - COVID-19 - Enfants - Afrique.

Abstract

Improving vaccination coverage in communities has been one of the alternatives to curb the SRAS-CoV2 pandemic in Burkina Faso and worldwide. The study aimed to determine factors associated with parents' intention to adhere to COVID-19 vaccination among children in the city of Ouagadougou. This was a descriptive and analytical cross-sectional study. The study population consisted of parents of children under 18 years of age residing in the city of Ouagadougou. The study involved 499 parents; 11.2% (n=56) were vaccinated against Covid-19. The proportion of parents who had a favourable attitude, subjective norms, and high level of perceived behavioural control over childhood COVID-19 vaccination was 50.1% (n=250), 55.1% (n=275) and 52.9% (n=264), respectively. Surveyed parents intended to vaccinate children in 20.2% (n=101) cases. Factors statistically associated with parents' intention to adhere to COVID-19 vaccination were the

age of the surveyed parent (OR=7.4; $p=0.002$), spousal vaccination (OR=4; $p=0.017$), and referent's opinion (OR=7.5; $p=0.000$). Parental intention to vaccinate children is low. Community awareness of the coronavirus disease and vaccination must be continued even in calm times to improve vaccination coverage and avoid a resurgence of the disease.

Keywords: Parental intention - Vaccination - COVID-19 - Children – Africa.

1. Introduction

En fin 2019, un nouveau coronavirus, le SRAS-CoV2 (coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère), responsable de la maladie COVID-19 a été découvert à Wuhan (Chine) et s'est très rapidement rependu. Dans le monde, en janvier 2023, 667 758 388 cas de maladie causés par ce virus avaient été enregistrés dont 6 727 707 décès (Our World in Data 2023). Au Burkina Faso les premiers cas ont été diagnostiqués en mars 2020. La vaccination est très vite apparue comme une mesure essentielle pour maîtriser la pandémie face aux limites et aux conséquences des actions telles que la promotion de l'hygiène des mains, les mesures barrières, le confinement, la fermeture des lieux publics dont les écoles (Soucy et al., 2020). La vaccination contre la COVID-19 a débuté dans les pays du nord en décembre 2020 et bien plus tardivement en Afrique. Elle concernait initialement les sujets âgés de 18 ans et plus. Vu l'ampleur de la pandémie un consensus scientifique s'est progressivement fait sur la nécessité de la prévention par la vaccination, y compris chez les enfants, qui, tout en ayant un tableau clinique le plus souvent peu sévère constituent une source de contamination importante pour leur environnement. Progressivement, l'âge de la vaccination a été abaissé. Au total, 11,5 milliards de doses de vaccin contre la COVID-19 ont été administrées dans le monde, mais dans des proportions différentes. En France, en juin 2021, 2% des enfants âgés de 5 à 11 ans, étaient vaccinés. Par contre, en Afrique, en juillet 2022, 21,1% de la population était vaccinée et seulement 7% des vaccins administrés l'avait été à des enfants (Organisation mondiale de la santé, 2022). Le but de ce travail est de contribuer à l'amélioration de la couverture vaccinale pédiatrique en déterminant les facteurs associés à l'intention des parents d'adhérer à la vaccination des enfants contre la COVID-19 dans la ville de Ouagadougou. En effet au Burkina Faso, la vaccination a débuté, en juin 2021 et en octobre 2022, 2 601 433 personnes avaient été vaccinées. Les enfants de moins de 12 ans font partie de la cible vaccinale depuis juin 2022, et nous ne disposons pas de données sur leur couverture vaccinale (Soucy et al., 2020 ; Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2022). La faible couverture vaccinale dans le pays laisse entrevoir que peu d'enfants sont vaccinés, d'où la nécessité d'étudier l'intention des parents de vacciner leurs enfants. Cette intention parentale dépend de facteurs comportementaux que sont l'attitude, les normes subjectives, la perception du contrôle comportemental des parents par rapport à la vaccination des enfants contre la COVID-19. Elle est aussi influencée par des caractéristiques socio démographiques des parents, et leur statut vaccinal, d'où l'intérêt d'analyser ces différents paramètres afin d'améliorer la couverture vaccinale des enfants contre la COVID-19 au Burkina Faso en vue de contribuer à éviter une nouvelle pandémie à SRAS-CoV2.

2. Matériaux, méthodes et cadre conceptuel

2.1 Matériaux

2.1.1 Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans la ville de Ouagadougou, capitale du Burkina Faso. Elle est constituée de 12 arrondissements dont le nombre de quartiers diffère selon la superficie.

2.1.2 Type et période de l'étude

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive et analytique, qui s'est déroulée du 1^{er} mars au 31 mai 2023.

2.1.3 Population d'étude et critères d'inclusion

La population d'étude était constituée par les parents résidants dans la ville de Ouagadougou durant la période de collecte des données. Avoir un enfant de moins de 18 ans et être consentant étaient les critères d'inclusion.

2.2 Méthode

2.2.1 Déroulement de l'étude

L'échantillonnage a été effectué par un tirage au sort de cinq arrondissements sur les 12 que comporte la ville. Quatre quartiers par arrondissement ont été sélectionnés par un tirage aléatoire et un choix raisonné des participants a été fait.

La taille de l'échantillon (n) a été calculée par la formule de Schwartz : $n = z^2 \times p(1 - p) / m^2$

$z = 1,96$ pour un niveau de confiance de 95%

$p = 0,5$ est la proportion estimée de la population de parents ayant l'intention d'adhérer à la vaccination des enfants ; $m = 5\%$ la marge d'erreur tolérée.

Nous avons utilisé la théorie du comportement planifié pour mener l'étude. La variable dépendante de l'étude est l'intention des parents d'adhérer à la vaccination des enfants contre la COVID-19.

2.2.2 Analyse des données

Les logiciels Epi data et STATA ont été utilisés pour la saisie et l'analyse des données. Une régression logistique multivariée a permis d'identifier les facteurs associés et la valeur de 5% a été retenue comme seuil de significativité pour l'interprétation des OR.

2.2.3 Considérations éthiques

L'autorisation de la mairie centrale de la ville de Ouagadougou a été obtenue avant le début de la collecte des données, de même que le consentement éclairé des enquêtés avant l'administration du questionnaire. L'anonymat et la confidentialité des réponses ont été garantis.

2.3 Cadre conceptuel

La psychologie de la santé a connu de grandes avancées avec le développement des théories et modèles. Chaque théorie ou modèle présente des spécificités orientant ainsi le choix de son application en fonction de la problématique à résoudre (Ajzen I., 1991). Afin de déterminer les facteurs associés à l'adhésion des parents à la vaccination des enfants contre la COVID-19 le choix est porté sur la théorie du comportement planifié.

Sur la base de cette théorie, l'adhésion des parents à la vaccination des enfants contre la COVID-19 constitue le comportement d'intérêt et elle est déterminée par leur intention de faire vacciner leurs enfants contre la COVID-19. L'intention vaccinale, est sous la dépendance de variables comportementales que sont l'attitude des parents vis-à-vis de la vaccination contre la COVID-19, les normes subjectives en rapport avec la vaccination contre la COVID-19 et la perception du contrôle comportemental en adhérant à cette vaccination.

L'échelle de Likert a été utilisée pour opérationnaliser les variables.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques sociodémographiques et vaccinales des parents

Au total, 499 parents ont participé à l'étude. Les répondants étaient constitués des pères dans 58,1% ($n=290$) des cas. L'âge moyen des parents était de $37,4 \pm 9,5$ ans avec des extrêmes de 19 et de 71 ans. L'âge des enfants était compris entre un à cinq ans dans 39,9% ($n=199$) des cas. Il s'agissait d'enfants de sexe féminin dans 50,3% des cas avec un sex ratio de 0,98.

Le tableau I présente les caractéristiques sociodémographiques des parents et des enfants.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des parents et des enfants

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Age de l'enfant		
Moins de 1 an	22	4,4
[01 - 05]	199	39,9
[06 - 10]	148	29,7
[11 - 15]	98	19,6
[16 - 18]	32	6,4
Sexe de l'enfant		
Féminin	250	50,3
Masculin	247	49,7
Entretien avec		
Père	290	58,1
Mère	209	41,9
Age du parent enquêté		
[19 - 30]	134	26,9
[31 - 40]	222	44,5
[41 - 50]	92	18,4
[51 - 60]	38	7,6
[61 - 71]	13	2,6
Perception du niveau socioéconomique des parents		
Bas	100	20
Elevé	23	4,6
Moyen	376	75,4

Source : Tamini Laure. (2023)

Les parents répondants étaient vaccinés dans 11,2% (n=56) des cas ; leurs conjoints dans 9% (n=45) des cas. Le tableau II présente le statut vaccinal contre la COVID-19 des parents.

Tableau II : Statut vaccinal contre la COVID-19 des parents

Statut vaccinal contre la COVID-19	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Parents enquêtés		
Vaccinés	56	11,2
Non vaccinés	443	88,8
Conjoints		
Vaccinés	45	9
Non vaccinés	454	91

Source : Tamini Laure. (2023)

3.2 Données comportementales

L'étude des variables comportementales des parents en rapport avec la vaccination des enfants contre la COVID-19 a montré que l'attitude et les normes subjectives étaient favorables chez respectivement 50,1% et 55,1% des parents enquêtés. Le contrôle comportemental perçu était élevé chez 52,9% des parents.

L'intention de faire vacciner les enfants contre la COVID-19 était favorable chez 20,2% des parents enquêtés. Les résultats de la distribution de l'appréciation des variables comportementales étudiées chez les parents face à la vaccination des enfants contre la Covid-19 dans la ville de Ouagadougou sont présentés dans le tableau III.

Tableau III : Distribution de l'appréciation des variables comportementales des parents face à la vaccination des enfants contre la COVID-19 dans la ville de Ouagadougou

Variables comportementales	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Attitude		
Défavorable	249	49,9
Favorable	250	50,1
Normes subjectives		
Défavorable	224	44,9
Favorable	275	55,1
Contrôle comportemental perçu		
Faible	235	47,1
Élevé	264	52,9
Intention		
Non	398	79,8
Oui	101	20,2

Source : Tamini Laure. (2023)

3.3 Facteurs associés à l'intention des parents d'adhérer à la vaccination des enfants contre la COVID-19

L'analyse multivariée, révèle que l'âge des parents, le statut vaccinal du conjoint de l'enquêté et l'avis du référent sont statistiquement associés à l'intention des parents de faire vacciner les enfants contre la COVID-19. Le tableau IV présente les résultats de la régression multivariée de l'intention des parents d'adhérer à la vaccination contre la COVID -19 des enfants.

Tableau IV : Régression logistique multivariée de l'intention des parents d'adhérer à la vaccination contre la COVID -19 des enfants

Variables	Odds Ratio	[Interval Conf. 95%]	p-value (<0,05)
Age du parent enquêté			
[19 - 30]	1		
[31 - 40]	2	0,860 - 4,842	0,112
[41 - 50]	1,43	0,495 - 4,122	0,505
[51 - 60]	7,45	2,043 - 28,91	0,002
[61 - 71]	8,09	4,5e-151-2,1e+07	0,985
Conjoint vacciné(e) contre la COVID-19			
Non	1		
Oui	4	1,342 13,421	0,017
Avis du référent			
Pas important	1		
Important	7,536	3,044 20,571	0,000

Interval Conf. : Intervalle de confiance

Source : Tamini Laure. (2023)

Le référent était la radio et /ou la télévision dans 38,5 % (n=192) des cas, le médecin traitant dans 19,4% (n=97) des cas et un agent paramédical dans 11,6 % (n=58).

4. DISCUSSION

4.1 Caractéristiques vaccinales des parents

La proportion (11,2%) des parents vaccinés contre la COVID-19 est faible, ce qui est le reflet de la couverture vaccinale nationale (Ministère de la Santé, 2022). Les croyances au sein de la population ont un impact important sur cette couverture vaccinale ; pour les uns la COVID-19 est une maladie ancienne et connue appelée « fonsré » en langue locale mooré, pour laquelle il existerait un traitement traditionnel efficace, ce qui baisse la sévérité perçue de la maladie. Pour d'autres, c'est une maladie qui touche les personnes nanties, les autorités mettant ainsi une bonne partie de la population à l'abri de la contamination, d'où un risque perçu faible. La suspicion d'une théorie du complot contribuerait aussi au maintien de la faible vaccination (Yaya Bocoum et al., 2022 ; Nkengne et al., 2021).

Le fait que les parents (37,4±9,5 ans) soient relativement jeunes contribue également à expliquer leur faible taux vaccinal ; ces derniers se sentant peu vulnérable (Kouassi et al., 2022). Aussi, l'Afrique a été le dernier continent à être servi en vaccins contre la COVID-19, d'où la difficulté à égaler les autres continents en termes de bonne couverture vaccinale. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le faible taux de couverture vaccinale contre la COVID-19 est partagé par de nombreux pays africains (Organisation mondiale de la santé, 2022). La faible couverture vaccinale des parents permet de prévoir leur réticence à faire vacciner leurs enfants. Aux Etats Unis, en Arabie Saoudite et au Maroc les parents qui refusaient ou qui hésitaient à se faire vacciner avaient également la même attitude pour leurs enfants (Kouassi et al., 2022 ; Malik et al., 2020 ; Al-Mohaithef.,2020). L'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 est complexe même pour des sujets disposant d'informations éclairées sur le vaccin (Nkengne et al., 2021 ; El Omari et al., 2022 ; Kaur et al., 2021).

4.2 Données comportementales

Les parents avaient l'intention d'adhérer à la vaccination des enfants contre la COVID-19 dans 20,2% des cas. Leur attitude (50,1%), leurs normes subjectives (55,1%) et le niveau de leur contrôle comportemental perçu (52,9%) permettaient d'espérer une intention plus importante d'adhérer à la vaccination des enfants contre la COVID 19. La mise sur le marché de vaccins en moins d'un an après le début de la pandémie et l'utilisation de technologies peu courantes de production pour certains font qu'au sein de la communauté il y a un doute sur l'efficacité et une crainte des effets secondaires ce qui freine l'intention d'adhérer à la vaccination contre la maladie à coronavirus (Cheryl et al., 2021 ; Pitou et al., 2021). En effet les vaccins contre la COVID-19 ont fait l'objet de travaux rigoureux, mais des inquiétudes demeurent. Aka en Côte d'Ivoire, de même que Lamptey en France avaient rapporté des manifestations post-vaccinales indésirables (Aka et al., 2023 ; Lamptey, 2021). La faible incidence pédiatrique de la COVID-19 et la rareté des formes cliniques sévères chez les enfants sont évoqués par les parents qui hésitaient pour la vaccination des enfants (Agence de la santé publique du Canada, 2017 ; Vinita et al., 2019 ; Machingaidze et al., 2019). Zimmermann pense que le risque relativement faible de la COVID-19 chez les enfants et l'incertitude quant aux méfaits relatifs de la vaccination font que l'équilibre entre les risques et les avantages de la vaccination dans ce groupe d'âge est plus complexe (Zimmermann et al., 2022).

Au Maroc, 16,4 % des parents d'enfants de moins de 12 ans avaient l'intention de faire vacciner leurs enfants. Par contre, 72% affirmaient qu'ils étaient prêts à les faire vacciner si toute fois la mortalité augmentait chez les enfants (El Omari et al., 2022). Bien que la vaccination soit l'une des interventions de santé publique qui a obtenu le plus de succès, la réticence vaccinale demeure

et est encore plus marquée pour les vaccins contre la COVID 19 (Larson et al., 2014). La faible intention des parents d'adhérer à la vaccination des enfants contre la COVID-19 constitue une menace pour la communauté car une immunité collective suffisante ne pourra pas être obtenue.

4.3 Facteurs associés à l'intention des parents d'adhérer à la vaccination des enfants contre la COVID-19

Selon les résultats de l'étude, un âge parental, compris entre 51 et 60 ans, était significativement associé ($OR=7,4$; $p=0,002$) à l'intention de vacciner les enfants. Les parents de cette tranche d'âge avaient environ sept fois plus de chance de faire vacciner les enfants. Au début des campagnes de vaccination contre la COVID-19, la sensibilisation visait surtout les sujets de plus de 50 ans au vu de la fréquence des co morbidités dans ce groupe d'âge, les rendant plus réceptifs pour la vaccination. Egalement, la crainte de l'impact de la pandémie à COVID-19 sur la santé, la vie socio-économique et professionnelle chez les sujets de cet âge pourrait justifier l'intention de ces parents d'adhérer à la vaccination des enfants. Selon EL Omari, il n'existe pas, un lien statistique entre l'âge des parents et l'intention d'adhérer à la vaccination des enfants contre la COVID-19 (El Omari et al., 2022).

La vaccination du conjoint est un facteur significativement associé ($OR=4$; $p=0,017$) à l'intention du parent enquêté d'adhérer à la vaccination. Elle multiplie par quatre (04) la chance de faire vacciner les enfants contre la COVID-19. Elle agit comme un élément rassurant, qui lève les préjugés sur le vaccin, encourageant ainsi le deuxième parent. L'impact favorable de la vaccination du conjoint peut être utilisé pendant les sensibilisations pour améliorer la couverture vaccinale.

L'avis du référent était important et statistiquement associé à l'intention d'adhérer à la vaccination des enfants contre la COVID -19 ($OR =7,5$; $p=0,000$). Les médias et les agents de santé ont joué un rôle important dans l'information et la sensibilisation pour la vaccination au Burkina Faso. Des campagnes de sensibilisation sur le vaccin, avec des images de personnes ressources (autorités politiques, coutumières) se faisant vacciner ont contribué favorablement à l'intention des parents d'adhérer à la vaccination contre la maladie à coronavirus (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2022). L'étude de Mehta en Inde a montré l'importance des agents de santé pour la vaccination des enfants contre la COVID-19 et qu'elle pouvait être améliorée par la mise à jour continue de leur connaissance sur le sujet (Mehta et al., 2022).

Ce constat doit encourager les autorités sanitaires du pays à renforcer les efforts de sensibilisation à travers les moyens audio-visuels.

5. Conclusion :

La vaccination des enfants contre la COVID-19 est estimée comme étant un élément important pour maîtriser la pandémie à COVID-19. Malgré une attitude, des normes subjectives favorables et un contrôle comportemental perçu élevé, l'intention parentale d'adhérer à la vaccination des enfants reste faible. Cela fait craindre la reprise de la pandémie d'autant plus qu'une faible circulation virale continue et les mutations virales exposent au risque de variants virulents. L'obtention d'une bonne adhésion des parents à la vaccination des enfants est certainement influencée par la couverture vaccinale au sein des adultes. La sensibilisation pour la vaccination contre la COVID-19 doit se poursuivre même en période d'accalmie de la maladie.

Remerciements

Les auteurs remercient la mairie de Ouagadougou pour avoir autorisé l'étude et les parents d'enfant de la ville de Ouagadougou pour leur participation.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- Académie nationale de médecine. France. (2020). Vaccination des enfants de 5-11 ans contre la Covid-19 : ne plus hésiter <https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.02.001>. Consulté le 5 août 2023 à 9H.
- Agence de la santé publique du Canada. (2017). Rapport de surveillance sur les maladies évitables par la vaccination en date du 31 décembre 2015. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada, <https://www.canada.ca › services › vaccins-immunisation>. Consulté le 10 août 2023 à 22H.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Aka, L.B.N., Noufé, S., Douba, A., Ekra, K.D., Guehi, C., Yao, A.S., & Tiembre, I. (2023). Manifestations post-vaccinales indésirables dans le cadre de la vaccination contre la COVID-19 à Abidjan, Côte d'Ivoire, 2022. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 71(S3) Doi : 10.1016/j.respe.2023.101870.
- Al-Mohaithef, M., Padhi, BK. (2020). Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in Saudi Arabia: A web-based national survey. *J. Multidiscip. Healthc*, 20;13:1657–63. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S276771>. Consulté le 2 août 2023 à 9H.
- Cheryl, L., Pikuei T., Leslie, M. B. (2021). Confidence and Receptivity for COVID-19 Vaccines: A Rapid Systematic Review. *Vaccines*, 9,16. <https://doi.org/10.3390/vaccines9010016>. Consulté le 4 juillet 2023.
- El Omari, H., Chahlaoui, A., El Ouali Lalami, A. (2022). Intention de vacciner les enfants de moins de 12 ans contre la COVID-19 chez les parents de la préfecture de Meknès (Maroc). *East Mediterr Health J.*, 28(11) :835–839. <https://doi.org/10.26719/emhj.22.084>.
- Kaur, R.J., Dutta, S., Bhardwaj, P., Charan, J., Dhingra, S., Mitra P., & Misra, S. (2021). Adverse events reported from COVID-19 vaccine trials: A systematic review. *Indian J Clin Biochem.*, 36(4):427-39.
- Kouassi, D. P., Irika, O., Soumahoro, S.I., Coulibaly, M'B., Yao, G. H. A., Kouame, A. D., & Ouaga, J.M. (2022). Acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19 chez les professionnels de santé en Côte d'Ivoire, 2021. *Santé Publique*, 4 (34) : 549-556.
- Lamprey Emmanuel. (2021). Post-vaccination COVID-19 deaths: a review of available evidence and recommendations for the global population *Clin Exp Vaccine Res.*, 10(3): 264–275. Doi: 10.7774/cevr.2021.10.3.264.
- Larson, H.J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D.M., Paterson, P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*, 32(19):2150-9.
- Machingaidze, S., Wiysonge, CS. (2021) Understanding COVID-19 vaccine hesitancy. *Nat Med*, 27(8):1338-9.
- Malik, A.A., Mc Fadden, S.M., Elharake, J., Omer SB. (2020). Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the US. *EClinicalMedicine*, 26: 100495. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100495>. Consulté le 15 juillet 2023.

- Mehta, K., Kaur, A., Banerjee, R., Gupta, P., Thacker, N., Saxena, V., (2022). Healthcare provider perspectives on COVID-19 vaccination for children in India. *BMJ Pediatric open*, 7 (1) <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2023-002165>. Consulté le 13 mai 2023.
- Ministère de la santé et de l'hygiène publique, secrétariat général institut national de santé publique. (2022). Rapport de situation sur l'épidémie de la maladie à Coronavirus (COVID-19) au Burkina Faso ,303 :7p.
- Müller, O., Neuhaan, F., Razum,O. (2020).Epidemiologie und Kontrollmaßnahmen bei COVID-19. *Dtsch Med Wochenschr*; 145: 670–674
- Nkengne, C.T., Tiberti, M., Backiny-Yetna, P., Costantini, M., Koncobo, Z., Tiendrebeogo, A. (2021). MSD,World Bank Group . COVID-19 suivi des impacts au niveau des ménages. Burkina Faso. Bulletin 05. Janvier 2021:2p.
- Organisation mondiale de la santé. (2022). Région Afrique. Bulletin mondial, 5 : 3p.
- Our World in Data et JHU CSSE COVID-19. (2023). Pitou, I., Vasiliadis, H.M., Grenier, S., Gouin, J.P. (2022) Portrait de la vaccination contre la COVID-19 chez les aînés au Québec. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, (70),S3 :216-217. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.06.035>. Consulté le 2 mai 2023.
- Soucy, J-PR., Sturrock, SL., Berry, I., Westwood, DJ., Daneman, N., MacFadden, DR., Brown, K.A. (2020). Estimer les effets de la distanciation physique sur la pandémie de COVID-19 à l'aide d'un indice de mobilité urbaine. *medRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2020.04.05.20054288>. Consulté le 13 juin 2023.
- Vinita, D., Shixin, S. (2019). Répondre à l'hésitation face à la vaccination.*Can Fam Physician*. Mar ; 65(3) : e91–e98
- Yaya Bocoum, F., Kadio, K., Bila, A., Kouanda S., Drabo, M. (2022). Connaissances et perceptions de la maladie à coronavirus (COVID-19) dans la commune de Ouagadougou. *Revue Africaine Des Sciences Sociales Et De La Santé Publique*, 4(2) :239-254. <http://www.revue-rasp.org/index.php/rasp/article/view/267>. Consulté le 10 mai 2023.
- Zimmermann, P., Pittet, L. F., Finn, A., Pollard, A. J., Curtis N. (2022). Should children be vaccinated against COVID-19? *Arch Dis Child X*, 107(3):e1. doi: 10.1136/archdischild-2021-323040. Consulté le 20 juin 2023

@ 2025 TAMINI, 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)

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

Received, 25 January 2025

Accepted, 14 April 2025

Published, 17 April 2025

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

To cite: Bougma et al. (2025). Les facteurs explicatifs des blessures graves des accidents de la circulation routière dans la ville de Ouagadougou. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(1), 173-189. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.12>

Research

Les facteurs explicatifs des blessures graves des accidents de la circulation routière dans la ville de Ouagadougou

Explanatory factors of serious bodily injuries in road traffic accidents in the city of Ouagadougou

Moussa Bougma^{1,*}, Jacques Sampo¹, Sidbewende Théodore Kaboré¹, Jean-François Kobiané¹

¹Institut Supérieur des Sciences de la Population, Université Joseph KI-ZERBO, Burkina Faso

*Correspondance : bougmous@yahoo.fr

Résumé

L'insécurité routière apparaît de plus en plus comme un grand défi à relever pour les pays en voie de développement, en raison des difficultés économiques et surtout de la très forte croissance démographique et spatiale qui concernent en premier lieu les villes. Si dans la littérature, plusieurs travaux scientifiques se sont intéressés aux accidents de la route, la plupart d'entre eux portent de façon générale sur la survenue des accidents de la route, les causes et les conséquences de ces accidents. Peu de travaux se sont intéressés aux facteurs associés aux blessures graves des accidents de la route. Cet aspect est abordé dans la présente étude qui analyse les facteurs explicatifs des blessures graves occasionnées par les accidents dans la ville Ouagadougou. Les données utilisées proviennent de 7658 accidentés recensés par l'observatoire de la ville de Ouagadougou. Les résultats montrent que 41% des victimes d'accidents dans la ville de Ouagadougou ont eu des blessures graves. Par ailleurs, le sexe de la victime, l'âge de la victime, l'arrondissement et le type de véhicule sont apparus être les principaux facteurs explicatifs d'une blessure grave au cours d'un accident de la circulation.

Mot-clés : Accident de la circulation, dommage corporel grave, blessures graves, victime, accidenté, Ouagadougou, Burkina Faso

Abstract

Road insecurity is increasingly emerging as a major challenge for developing countries due to economic difficulties and the rapid demographic and spatial growth that primarily affects cities. While numerous scientific studies have focused on road traffic accidents, most of them generally address the occurrence, causes, and consequences of these accidents. However, few studies have explored the factors associated with severe bodily injuries caused by road traffic accidents. This aspect is addressed in the present study, which analyzes the explanatory factors of severe bodily injuries resulting from accidents in the city of Ouagadougou. The data comes from 7,658 accident

victims recorded by the Observatory of the city of Ouagadougou. The results show that 41% of accident victims in Ouagadougou suffered severe bodily injuries. Moreover, the victim's sex, age, district, and type of vehicle were identified as the main factors explaining severe bodily injuries during road accidents.

Keywords: Road traffic accident, severe bodily injury, serious injuries, victim, accident casualty, Ouagadougou, Burkina Faso

1. Introduction

L'insécurité routière apparaît de plus en plus comme un grand défi à relever pour les pays en voie de développement, en raison des difficultés économiques et surtout de la très forte croissance démographique et spatiale qui concernent en premier lieu les villes. En Afrique, 41% de la population totale vivent maintenant en zone urbaine, ce qui représente 400 millions de personnes et constitue une masse critique de résidents qui a une incidence majeure sur le développement (OMS, 2014). Avec un taux de croissance annuel estimé à 3,4 % au cours de la période allant de 2015 à 2020, les zones urbaines africaines se développeront à un taux de 1,8 fois supérieur au taux enregistré dans le monde entier (OMS, 2014). Cette forte croissance de la population urbaine africaine va de pair avec une augmentation de la demande dans le domaine du transport. Aujourd'hui, le développement du transport urbain a entraîné de profonds changements sociaux dans le rapport des individus à l'espace dans les villes africaines. Par exemple, l'automobile qui occupe une place éminente dans le mode de vie des urbains est à la fois un moyen de distinction sociale et un instrument de loisir.

Au Burkina Faso et plus particulièrement dans la ville de Ouagadougou, la forte explosion démographique et l'étalement spatial engendrent une mobilité quotidienne intense des populations. Cette mobilité fait peser une pression de plus en plus forte sur les systèmes de transport de la ville, en termes d'équipement ou de ravitaillement, mais aussi en besoin de transport des personnes et des biens (Nikiema et al, 2015). Les niveaux d'équipement et d'infrastructures de transport sont très faibles et inadaptés aux besoins de la majorité des ouagalais. Cette situation oblige ces derniers à recourir à des moyens de locomotion en rapport avec leur revenu. De ce fait, les accidents de la circulation routière constituent un phénomène de plus en plus inquiétant. Ce phénomène entraîne des dommages en termes de pertes en vie humaines et de dégâts matériels dans la capitale. Les accidents sont tellement fréquents qu'ils commencent à installer chez les populations une véritable atmosphère de psychose générale et d'insécurité (Sethi et Mitis, 2013). Chaque mort ou blessé grave imputable à un accident de la route entraîne des conséquences désastreuses, non seulement pour les personnes directement concernées, mais aussi pour leurs familles, amis, camarades et collègues. Un accident grave de la circulation routière constitue dans la majorité des cas un désastre émotionnel et économique d'où la nécessité de trouver des solutions durables et spécifiques. C'est face à cette situation préoccupante que la présente étude vise à apporter un éclairage supplémentaire à travers les questions suivantes : Quel est l'ampleur des blessures graves dus aux accidents de la circulation de la route à Ouagadougou ? Et quels sont les facteurs explicatifs associés à la survenue des blessures graves ? Ces questions sont pertinentes dans le contexte de la ville de Ouagadougou

où les usagers circulent dans des contextes de potentiel risque d'accident de circulation. Le permis de conduire n'y est pas exigé pour les conducteurs des véhicules à deux roues dont la plupart ne porte pas de casque de protection.

Dans la littérature, il ressort que plusieurs travaux scientifiques se sont intéressés aux accidents de la route mais la plupart des travaux portent de façon générale sur la survenue des accidents de la route, les causes et les conséquences de ces accidents (Fillole et al., 2016 ; Nikiema et al., 2017). Peu de travaux se sont intéressés aux facteurs associés aux dommages corporels graves des accidents de la route. Ces facteurs peuvent être regroupés en trois groupes : les facteurs humains, les facteurs environnementaux et les facteurs liés aux véhicules impliqués dans l'accident.

Les facteurs humains, tels que l'âge, le sexe, l'expérience de conduite, la consommation d'alcool ou de stupéfiants, et l'utilisation du téléphone portable, jouent un rôle prépondérant dans l'apparition des accidents de la circulation routière. Ces aspects ont été approfondis par des recherches, notamment l'étude de Marie-Axelle Granié, directrice de recherche en psychologie sociale du développement à l'université Gustave-Eiffel. Ses travaux montrent que l'adhésion aux stéréotypes masculin est corrélée à une propension accumulée à adopter des comportements à risque sur la route (Granié, 2023). Marie-Axelle Granié souligne que ces stéréotypes, intégrés dès l'enfance, incitent les hommes, en particulier les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans, à prendre davantage de risque au volant, ce qui se traduit par une surreprésentation dans les accidents de la route. Par ailleurs, les caractéristiques démographiques des personnes victimes d'accident de la route qui incluent les conducteurs ou non, et leur état de santé peuvent déterminer l'ampleur des dommages corporels que celles-ci peuvent subir (Godillon et Vallée, 2015). Les facteurs environnementaux tels que les conditions météorologiques, l'état des routes, les lieux (zones) traversés par les routes, les périodes (heures de la journée, jours de la semaine, mois) sont cités dans les travaux antérieurs comme étant des facteurs associés à la survenue des accidents de la circulation (Godillon et Vallée, 2015 ; Bénie Bi Vroh et al., 2016 ; Aloulou et Naouar, 2016). Ces facteurs peuvent, par les relations de cause à effet, être associés à la survenue des blessures graves chez les personnes victimes d'accident de la circulation routière. Quant aux facteurs liés au véhicule, des études montrent que la catégorie d'un véhicule peut occasionner des accidents graves de la circulation. Chapelon (2002) a observé que les poids lourds sont moins impliqués dans les accidents que les autres véhicules, mais le sont plus dans les accidents mortels. Pour Chawal *et al.* (2000), l'implication des gros véhicules, comme des camions ou un autocar, dans un accident entraîne souvent des blessés graves voire des morts parmi les usagers de la route vulnérables, comme les piétons, les cyclistes ou les conducteurs de deux-roues motorisés. Selon Vandembulke *et al.* (2014), la grande implication des poids lourds dans les accidents mortels s'explique par la configuration de ces véhicules lourds qui crée plusieurs angles morts, c'est-à-dire des endroits autour du véhicule où les conducteurs n'ont aucune visibilité lorsqu'ils effectuent des virages. Une autre étude réalisée par Jean-Yves Fournier et François Boulisset en 2019 ont confirmé que le risque de décès pour les motocyclistes en France varie selon la catégorie et le type de motocyclettes utilisée. Les résultats ont montré que les motocyclettes lourdes sont associées à un risque plus élevé

que les motocyclettes légères. De même, les motocyclettes de type « sportif » présentent les risques les plus élevés par rapport aux autres types de motocyclettes.

2. Matériaux et méthodes

2.1.Site de l'étude

La ville de Ouagadougou est située au centre du Burkina Faso. Elle est limitée au Nord par les communes rurales de Pabré et de Loumbila, à l'Est par celle de Saaba, au Sud par celles de Koubri et de Komsilga et à l'Ouest par la commune rurale de Tanghin Dassouri. Ouagadougou couvre une superficie de 518 km², soit 0,2 % du territoire national. La commune urbaine de Ouagadougou compte douze (12) arrondissements. Sa population est passée de 59 126 habitants à 2 453 496 habitants entre 1960 et 2019 traduisant ainsi une forte croissance démographique et des mouvements de population que connaît le Burkina Faso depuis son indépendance (INSD, 2020).

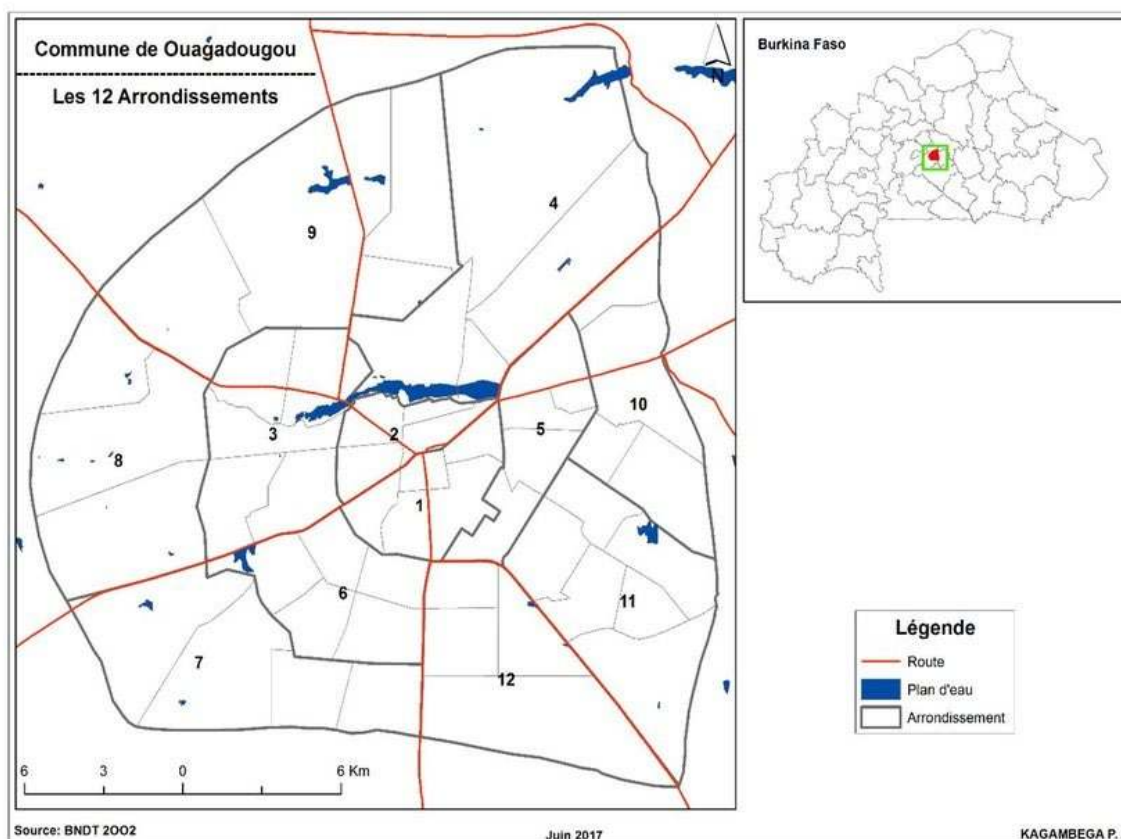


Figure 1 : Ouagadougou et ses 12 arrondissements

En termes d'organisation de l'espace, on distingue les espaces centraux et les quartiers périphériques. Les espaces centraux sont les endroits les mieux équipés de la ville de Ouagadougou en infrastructures routières. Les principales artères de ces espaces sont bitumées et équipées en feux tricolores et en panneaux de signalisation. Ces infrastructures routières sont susceptibles de réduire la survenue des accidents graves responsables de la grande majorité des blessures graves.

Quant aux secteurs périphériques, ils sont situés à une dizaine de kilomètres du noyau central et concentrent la majeure partie de la population urbaine et servent pour la plupart de lieu d'habitation, même si on observe une certaine activité de commerce le long des grands axes de circulation de ces quartiers. Dans ces secteurs périphériques, le trafic quotidien lié aux mouvements pendulaires entre lieu d'habitation et lieu de travail est intense sur les voies qui sont relativement étroites. Cette situation est à l'origine des problèmes de congestion dans la ville de Ouagadougou où la voirie actuelle semble dépassée par le rythme de croissance du parc automobile. La plupart des rues des quartiers périphériques, dépourvue de pistes cyclables, sont trop étroites pour permettre la fluidité du trafic. L'insuffisance des infrastructures routières dans les quartiers périphériques de la ville peuvent être à l'origine de nombreux accidents de la circulation routière dans la ville de Ouagadougou. Par exemple, le rapport de la Brigade Nationale des Sapeurs-Pompiers (BNSP, 2021) indique qu'entre 2018 et 2020, 902 accidents ont été enregistrés entre le rondpoint de la jeunesse (ex-rondpoint de Tampouy) et le nouveau péage (un tronçon d'environ 9 km) ; la plupart de ces accidents étant dus à l'exiguïté de la chaussée

2.2.Données

Les données utilisées dans cette étude proviennent de l'observatoire sur la sécurité routière de la commune de Ouagadougou. Ce service dispose des informations sur le nombre de victimes de la circulation routière et des données propres aux accidents de la circulation routière. Durant l'année 2019, le service a enregistré au total 7658 accidentés du 01 Janvier au 31 décembre 2019 dans la capitale politique du Burkina Faso. Les informations recueillies auprès de l'accidenté ou sur le champ de l'accident nous renseignent sur le type de blessure, les caractéristiques du véhicule, la zone de l'accident, la période en mois, l'état de la victime, la nature de la blessure etc.

La variable dépendante de l'étude est constituée par le type de blessure qui comporte deux modalités, à savoir les blessures légères et les blessures graves. La blessure légère désigne ici tout accident de la circulation ayant occasionné des blessures mineures ou modérées qui ne nécessitent pas l'hospitalisation en général. Quant à la blessure grave, elle désigne tout accident de la circulation ayant occasionné des blessures sérieuses, sévères, critiques ou maximales entraînant parfois l'hospitalisation ou le décès de la victime sur le champ ou après 30 jours de la date de l'accident suite aux complications liés à l'accident. Pour les besoins de l'analyse, la variable dépendante prend la valeur 1 si l'accident a occasionné une blessure grave et zéro si l'accident a entraîné une blessure légère.

Au regard de la littérature et des variables disponibles dans la base de l'observatoire sur la sécurité routière de la commune de Ouagadougou, les variables indépendantes retenues sont le sexe (masculin et féminin), l'âge (moins de 20 ans, 20 à 39 ans, 40 à 49 ans, et 50 ans et plus), le mois de l'accident constitué des 12 mois de l'année allant de janvier à décembre, le jour de l'accident allant du lundi à dimanche, le lieu de l'accident constitué des 12 arrondissements que compte la ville de Ouagadougou et le type de véhicule impliqué dans les accidents en trois modalités (4 roues uniquement, 4 roues vs 2 roues et 2 roues uniquement).

2.3.Méthodes d'analyse

Les méthodes d'analyse utilisées sont à la fois descriptives et explicatives implémentées à l'aide du logiciel STATA. La méthode descriptive consiste à croiser la variable dépendante (type de blessure) avec chacune des variables indépendantes en utilisant la statistique du Chi-deux comme mesure d'association. Cette analyse permet d'évaluation la fréquence et la variation des blessures graves selon les facteurs humains, les facteurs environnementaux et les facteurs liés au véhicules, appréhendées par les variables indépendantes suscitées. Quant à la méthode explicative, c'est la régression logistique binaire qui est utilisée pour évaluer les effets des variables indépendantes sur le type de blessure. Le recours à ce modèle d'analyse se justifie par la nature dichotomique de la variable dépendante. Avant d'utiliser la régression logistique, la présence d'un risque de multicollinéarité entre les variables indépendantes a été testée à travers le calcul du facteur d'inflation de la variance (VIF). On constate que la moyenne des facteurs d'inflation de la variance est de 1,94 et qu'aucune VIF ne dépasse 10. Nous pouvons donc suggérer une faible multicollinéarité entre les variables explicatives.

3. Résultats

3.1. Fréquence des blessures graves selon les facteurs humains

Les facteurs humains sont appréhendés par le sexe et l'âge de la victime. Il ressort que les hommes sont plus exposés aux dommages corporels graves des accidents de la circulation que les femmes. En effet, 52,5% des hommes victimes d'accident ont connu des dommages corporels graves contre 40,04% chez les femmes (Figure 2). De même, les personnes âgées sont plus exposées aux dommages corporels graves de la circulation routière que les jeunes. En effet, les analyses montrent que les victimes de moins de 40 ans ont une proportion moins importante de blessure grave par rapport aux victimes âgées de 40 ans et plus (Figure 3). La proportion des victimes de moins de 20 ans et de 20 à 39 ans sont respectivement 42,9% et 47,4%. Cependant, les victimes appartenant à l'intervalle 40 à 49 ans et les victimes de 50 ans et plus ont respectivement 58,2% et 52,3%.

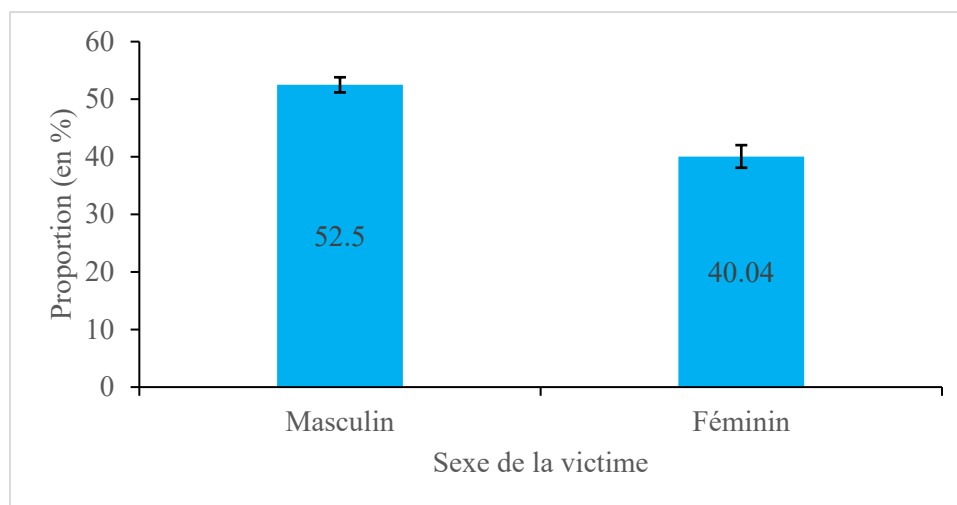


Figure 2: Proportion des victimes ayant eu des blessures graves selon le sexe (Source, Direction de l'observatoire de la ville de Ouagadougou, 2019, calcul des auteurs)

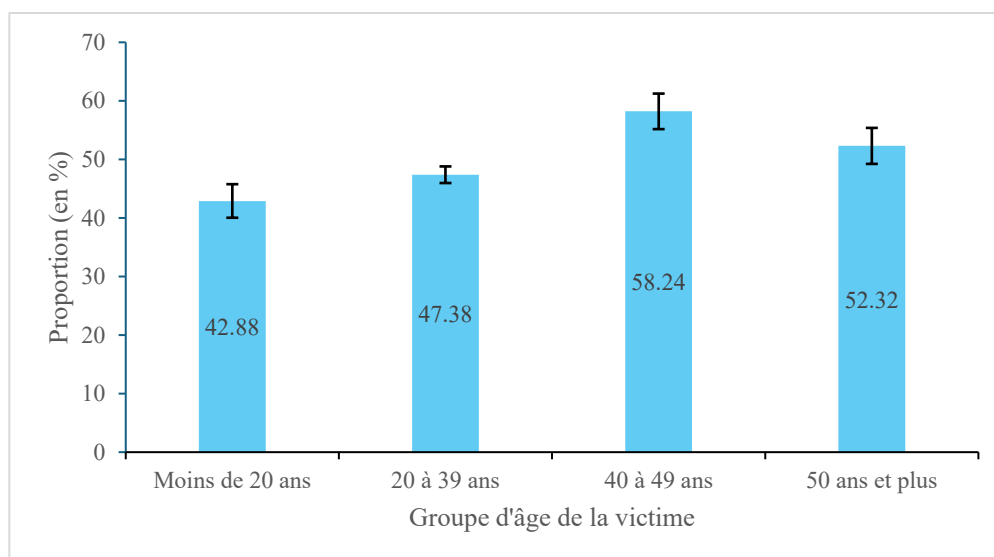


Figure 3 : Proportion des victimes ayant eu des blessures graves selon l'âge (Source, Direction de l'observatoire de la ville de Ouagadougou, 2019, calcul des auteurs)

3.2. Fréquence des blessures graves selon les facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux sont appréhendés par trois facteurs, à savoir le mois de l'accident, le jour de la semaine de l'accident et le lieu de l'accident.

L'analyse des victimes selon les mois de l'année montre qu'il existe 4 mois qui ont enregistrés les proportions les plus élevées de dommages corporels graves suite aux accidents de la circulation routière. Il s'agit du mois de mars, juin, octobre et novembre qui ont enregistrés chacun plus de 50% des dommages corporels grave de l'année 2019 (Figure 4). Le mois de juin vient en première position avec une proportion de 52,21%. Le mois de novembre vient en deuxième position avec une proportion de 50,79%, puis suit le mois d'octobre (50,37%). Toutefois, la relation entre le mois de l'accident et le type de blessure n'est pas statistiquement significative, ce qui signifie qu'il n'existe pas de période (mois) favorable pour qu'un usager de la circulation routière soit victime de blessure grave.

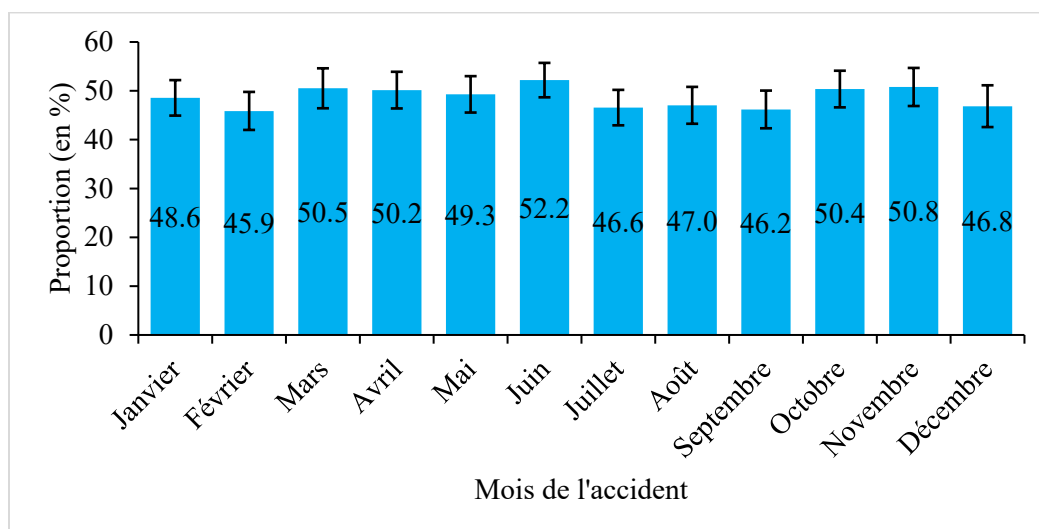


Figure 4 : Proportion des victimes de blessure grave selon le mois de l'accident (Source, Direction de l'observatoire de la ville de Ouagadougou, 2019, calcul des auteurs)

L'analyse de la figure 5 montre que les weekends sont favorables aux accidents graves de la circulation routière. Les jours tels que vendredi, samedi et dimanche ont connu des proportions plus élevées de blessure grave sur les victimes des accidents de la circulation de la route avec des proportions respectivement de 49%, 50% et de 50,6%.

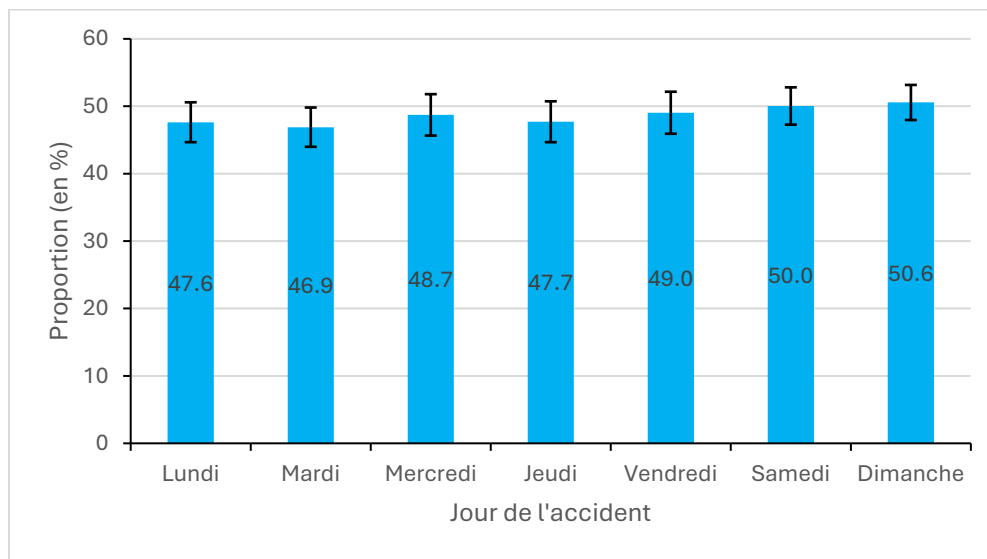


Figure 5 : Proportion des victimes ayant eu des blessures graves selon le jour de la semaine (Source, Direction de l'observatoire de la ville de Ouagadougou, 2019, calcul des auteurs)

Quant au lieu de l'accident appréhendé par l'Arrondissement, on observe une variation significative. En effet, les victimes des accidents de la circulation routière produits dans les arrondissements 10, 11 et 7 sont plus exposés aux dommages corporels graves que les victimes des accidents produits dans les autres arrondissements, notamment les arrondissements 1, 3 et 2 (Figure 6). Pendant que les proportions des victimes ayant eu des dommages corporels graves sont de 55,6%, 59,9% et 60,6% respectivement dans les arrondissements 10, 11 et 7, ces proportions sont respectivement de 39,4%, 41,3% et 41,6% dans les arrondissements 1, 3 et 2.

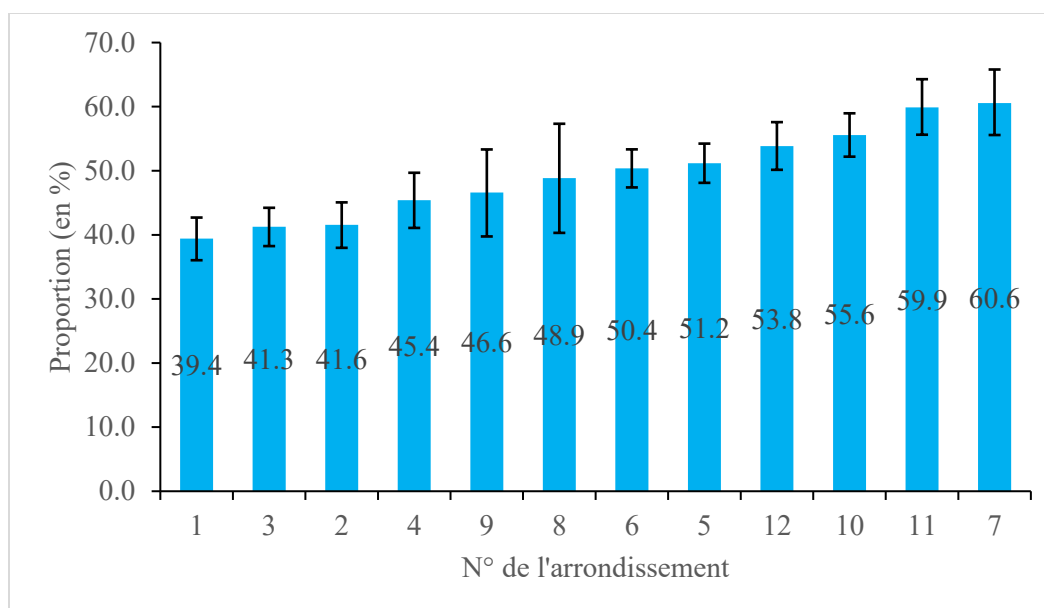


Figure 6 : Proportion des victimes ayant eu des blessures graves selon l'arrondissement (Source, Direction de l'observatoire de la ville de Ouagadougou, 2019, calcul des auteurs)

La figure 7 montre que les arrondissements périphériques sont les plus concernés par la survenue des dommages corporels graves lors des accidents de la circulation routière dans la ville de Ouagadougou. Les arrondissements ayant de fortes proportions de victimes avec des blessures graves se localisent au Sud (arrondissements 7, 11 et 12) et à l'Est (arrondissement 10) de la ville. Les arrondissements ayant de faibles proportions de victimes avec des blessures graves se localisent au centre de la ville (arrondissement 1, 2 et 3).

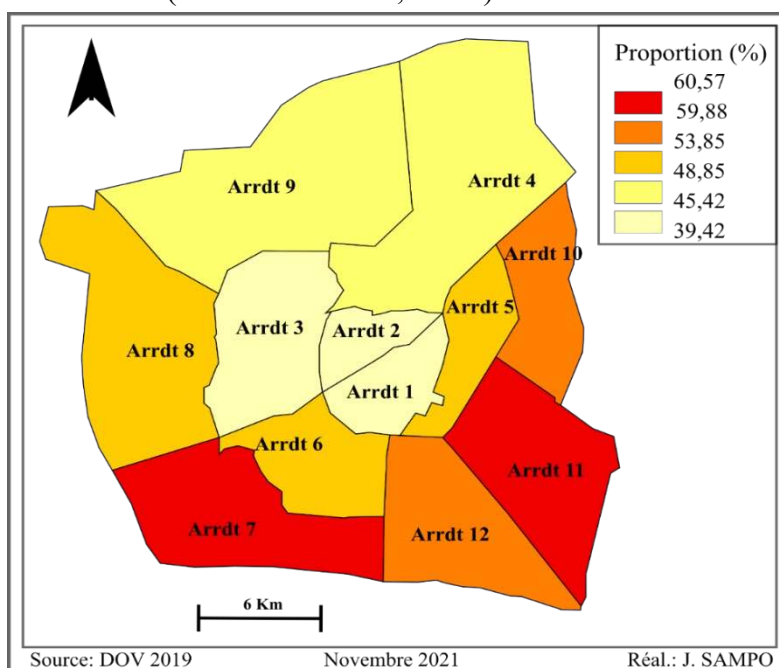


Figure 7 : Distribution spatiale des dommages corporels graves des accidents de la route à Ouagadougou

3.3.Fréquence des blessures graves selon les facteurs liés au véhicule

En se référant au type de véhicule impliqué dans les accidents, on se rend compte que les véhicules à deux roues sont plus impliqués dans les accidents graves de la circulation routière par rapport au véhicule à quatre roues. Parmi les victimes des accidents ayant connu l'implication des véhicules à deux roues (4 roues vs 2 roues et 2 roues uniquement), un peu plus de 49% de ces victimes ont eu des dommages corporels graves (Figure 8). Les accidents impliquant uniquement les véhicules à 4 Roues ont causé moins de dommages corporels graves aux victimes. La proportion des victimes ayant eu des blessures graves lors des accidents impliquant des 4 roues uniquement est de 38,2%.

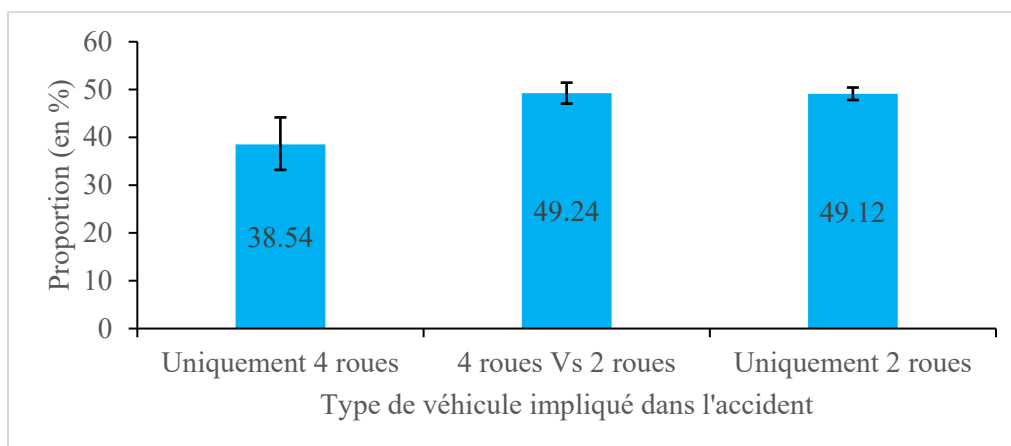


Figure 8: Proportion des victimes ayant eu des blessures graves selon le type de véhicule (Source, Direction de l'observatoire de la ville de Ouagadougou, 2019, calcul des auteurs)

3.4.Facteurs associés aux dommages corporels graves

Les résultats indiquent que le sexe, l'âge, le lieu de l'accident (arrondissement), et le type de véhicule ont des effets significatifs sur la survenue des dommages corporels graves. En effet, les hommes ont 64% plus de risque de connaître des dommages corporels graves que les femmes. De même, les victimes âgées de 20 à 39 ans ont 17,9% plus de risque de connaître des dommages corporels graves que les victimes de moins de 20 ans. Il en est de même pour les victimes âgées de 40 à 49 ans qui ont 84,2% plus de risque de connaître des dommages corporels graves au cours d'un accident de la circulation routière que les victimes âgées de moins de 20 ans. Toujours par rapport au même groupe de référence, les victimes âgées de 50 ans et plus ont 44,5% plus de risque de connaître des dommages corporels graves au cours d'un accident grave de la circulation routière.

Par rapport aux victimes des accidents produits dans l'arrondissement 1, les victimes des accidents produits dans les arrondissements 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11 et 12 ont entre 1,3 et 2,3 fois plus de risques de connaître des dommages corporels graves. Par contre, les risques de dommages corporels graves chez les victimes des accidents produits dans les arrondissements 2, 3 et 9 ne sont pas différents au seuil de 5% du risque de connaître des blessures graves chez les victimes des accidents produits dans l'arrondissement 1. Ces résultats suggèrent que les arrondissements périphériques sont plus associés aux accidents graves de la circulation routière.

L'effet du type de véhicule se révèle significatif sur la survenue des blessures graves. Les victimes des accidents de la circulation routière impliquant uniquement des véhicules à 2 Roues ont 1,51 fois plus de risque de connaître des dommages corporels graves par rapport aux victimes des accidents qui impliquent uniquement des véhicules à 4 Roues. De même, les victimes des accidents impliquant à la fois des véhicules à 2 roues et 4 roues ont 1,50 fois plus de risque de connaître des dommages corporels graves par rapport aux victimes des accidents qui impliquent uniquement des véhicules à 4 Roues.

Tableau 1 : Rapports de chance (risque) de connaître des dommages corporels graves lors d'un accident de la circulation routière

Lieu de la blessure grave	Effets non ajustés	Effets ajustés
Lieu de l'accident (arrondissement)		
Arrondissement 1	1,000	1,000
Arrondissement 2	1,093 (0,113) ^{ns}	1,103 (0,115) ^{ns}
Arrondissement 3	1,080 (0,103) ^{ns}	1,069 (0,103) ^{ns}
Arrondissement 4	1,279 (0,145) ^{**}	1,283 (0,148) ^{**}
Arrondissement 5	1,611 (0,153) ^{***}	1,645 (0,158) ^{***}
Arrondissement 6	1,560 (0,146) ^{***}	1,547 (0,147) ^{***}
Arrondissement 7	2,361 (0,308) ^{***}	2,303 (0,305) ^{***}
Arrondissement 8	1,468 (0,277) ^{**}	1,456 (0,279) ^{**}
Arrondissement 9	1,341 (0,210) [*]	1,325 (0,211) [*]
Arrondissement 10	1,921 (0,192) ^{***}	1,880 (0,190) ^{***}
Arrondissement 11	2,294 (0,267) ^{***}	2,268 (0,268) ^{***}
Arrondissement 12	1,793 (0,187) ^{***}	1,808 (0,191) ^{***}
Mois de l'accident		
Janvier	1,000	1,000
Février	0,898 (0,098) ^{ns}	0,871 (0,097) ^{ns}
Mars	1,082 (0,121) ^{ns}	1,065 (0,122) ^{ns}
Avril	1,066 (0,114) ^{ns}	1,061 (0,116) ^{ns}
Mai	1,029 (0,110) ^{ns}	0,980 (0,107) ^{ns}
Juin	1,158 (0,120) ^{ns}	1,098 (0,117) ^{ns}
Juillet	0,923 (0,097) ^{ns}	0,910 (0,098) ^{ns}
Août	0,940 (0,101) ^{ns}	0,887 (0,097) ^{ns}
Septembre	0,909 (0,099) ^{ns}	0,906 (0,101) ^{ns}
Octobre	1,075 (0,115) ^{ns}	1,058 (0,115) ^{ns}
Novembre	1,094 (0,119) ^{ns}	1,089 (0,122) ^{ns}
Décembre	0,933 (0,107) ^{ns}	0,940 (0,111) ^{ns}
Jour de l'accident		
Lundi	1,000	1,000
Mardi	0,971 (0,083) ^{ns}	0,960 (0,084) ^{ns}
Mercredi	1,045 (0,091) ^{ns}	1,034 (0,092) ^{ns}
Jeudi	1,003 (0,087) ^{ns}	1,008 (0,090) ^{ns}
Vendredi	1,058 (0,093) ^{ns}	1,055 (0,095) ^{ns}
Samedi	1,102 (0,091) ^{ns}	1,056 (0,090) ^{ns}
Dimanche	1,125 (0,091) ^{ns}	1,087 (0,090) ^{ns}
Age de la victime		

Moins de 20 ans	1,000	1,000
20 à 39 ans	1,200 (0,080)***	1,179 (0,080)**
40 à 49 ans	1,858 (0,162)***	1,842 (0,164)***
50 ans et plus	1,462 (0,127)***	1,445 (0,128)***
Sexe de la victime		
Féminin	1,000	1,000
Masculin	1,655 (0,082)***	1,636 (0,083)***
Type de véhicule impliqué		
Uniquement 4 roues	1,000	1,000
4 roues vs 2 roues	1,547 (0,196)***	1,497 (0,195)***
Uniquement 2 roues	1,540 (0,187)***	1,507 (0,188)***
Effectif	7930	7930
Chi2		326,480***
Chix 2 de Hosmer-Lemeshow		11,29 ^{ns}

Note : ^{ns}=Non significatif ; * =Significatif à 10% ; ** =Significatif à 5% ; *** =Significatif à 1%

Le tableau 2 présente les effets combinés du type du véhicule avec le sexe et l'âge de la victime sur le risque de blessure grave, en contrôlant pour les autres variables. Comme on pouvait s'y attendre, l'effet du type du véhicule est plus important chez les hommes que chez les femmes. En effet, les hommes victimes d'accidents impliquant 4 roues vs 2 roues et 2 roues uniquement ont respectivement 66% et 56% plus de risques de connaître des blessures graves que ceux victimes d'accidents impliquant 4 roues uniquement ; alors que chez les femmes, il n'y a pas de différences significatives selon le type de véhicule. De même, les personnes âgées d'au moins 20 ans et victimes d'accidents impliquant 4 roues vs 2 roues et 2 roues uniquement ont plus de deux fois plus de risques de connaître des blessures graves que celles victimes d'accidents impliquant 4 roues uniquement. Ainsi, les effets du type de véhicule sur le risque de blessure grave lors d'un accident de la route varie selon le sexe et l'âge de la victime.

Tableau 2 : Effets d'interaction du type de véhicule selon le sexe et l'âge de la victime sur le risque de connaître des blessures graves lors d'un accident de la circulation routière

	Type de véhicule impliqué		
	Uniquement 4 roues	4 roues vs 2 roues	Uniquement 2 roues
Sexe de la victime			
Homme	1,00	1,661***	1,562***
Femme	1,00	1,117 ^{ns}	1,337 ^{ns}
Age de la victime			
Moins de 20 ans	1,00	0,314***	0,326***
20 à 39 ans	1,00	3,070***	2,881***
40 à 49 ans	1,00	2,561**	2,789**
50 ans et plus	1,00	2,204*	2,658**

Note : ^{ns}=Non significatif ; * =Significatif à 10% ; ** =Significatif à 5% ; *** =Significatif à 1% ; Les autres facteurs ont été contrôlés.

3.5. Hiérarchisation des facteurs associés à la survenue des blessures graves

Le tableau 8 présente la contribution et le rang de chaque variable ayant un effet net significatif sur la survenue des blessures graves. La contribution de chaque facteur est obtenue en faisant d'abord la différence entre le chi-deux du modèle global et le chi-deux du modèle excluant la variable et en rapportant ensuite cette différence au chi-deux du modèle global. Le lieu de l'accident est au premier rang dans la hiérarchie des facteurs explicatifs. Cette variable explique à elle seule 44,6% de la survenue des blessures graves chez les victimes d'accident de la route. Le sexe et l'âge occupent respectivement les deuxièmes et troisièmes places. Ces facteurs démographiques expliquent à eux deux plus de 50% de la survenue des dommages corporels graves chez les victimes d'accident de la route. Le type de véhicule vient au dernier rang de la hiérarchie des facteurs explicatives des dommages corporels graves avec une contribution de 4%. Ce classement qui va dans le même sens que l'ampleur des effets observés au tableau 1 sont à mettre en rapport avec le contexte de la ville de Ouagadougou.

Tableau 2 : Contribution des facteurs explicatifs à la survenue des dommages corporels graves

Facteurs	Chi2 (X)	X _i	Proportion	Rang
Lieu de l'accident (Arrondissement)	326,48	193,32	44,55	1
Sexe de la victime	326,48	230,51	32,11	2
Age de la victime	326,48	267,82	19,63	3
Type de véhicule	326,48	315,39	3,71	4

4. Discussion

Les accidents de la circulation font partir des causes primordiales qui entravent le bien-être de la communauté de nos jours à travers ses innombrables conséquences (décès, handicaps physiques et mentales).

Il ressort des résultats que le sexe des victimes a un effet sur la survenue des blessures graves. Les victimes de sexe masculin sont plus exposées aux dommages corporels graves que les victimes de sexe féminin. Ce résultat peut se justifier par la prise de risque qui est une pratique beaucoup plus fréquente chez les hommes. Selon Jean Chapelon (2002), un grand nombre d'enquêtes ou d'études sociologiques confirment l'attitude spécifique des jeunes garçons, en matière de prise de risque qui est responsable de 40% des causes de décès pour les jeunes garçons suite à des accidents de la circulation routière. De même que l'étude de Bayogo et *al.* (2022) et de Bonnet (2023) qui mettent en évidence l'insécurité routière chez les jeunes et de leurs responsabilités à la survenance des accidents routière en Afrique, en particulier dans la ville de Bamako au Mali.

Par ailleurs, les résultats indiquent que l'âge des victimes a un effet significatif sur la survenance d'une blessure grave au cours d'un accident de la circulation routière. Les victimes âgées ont plus de risque de connaître des dommages corporels graves que les victimes jeunes. Ce résultat suggère que les personnes âgées, bien qu'elles soient prudentes dans la circulation, restent les victimes les plus exposées aux blessures graves de la circulation routière. Cela peut s'expliquer par leur vulnérabilité due à une fragilité physique. Selon Pascal Gayrads (2002), les accidents impliquant

des victimes âgées entraînent plus souvent des blessures graves, voire mortelles. Selon Vejux et *al.* (2021), les personnes âgées sont plus susceptibles de subir des blessures graves ou mortelles, même à des vitesses d'impact relativement faibles, en raison de leur fragilité physique. Une étude de cas réalisée par Peltzer et *al.* (2018) compare les taux de blessures graves chez les personnes âgées dans deux grandes villes de l'Afrique de l'Ouest (Accra et Lagos) met en évidence les risques accrus pour les personnes âgées en raison de la densité du trafic, du manque d'infrastructures adaptées et de la fragilité physique liées à l'âge. Pour Xavier Thierry (2010), les jeunes sont les plus exposés aux accidents de la circulation routière mais représentent une faible proportion en termes de blessure grave par rapport aux personnes âgées. Ces différentes analyses viennent une fois de plus justifiées la fragilité des personnes âgées face au accidents de la circulation.

Nous observons également que le lieu de l'accident a un effet sur la survenue des dommages corporels graves. Les arrondissements périphériques constituent les endroits où le risque de blessures graves par suite d'un accident de la circulation est élevé. Ces résultats vont dans le même sens que ceux observés par Ewing et *al.* (2016) qui reconnaissent un lien significatif entre la forme urbaine marquée par l'étalement à la périphérie et l'insécurité routière entraînant une mortalité élevée, associée à un trafic moins dense et une prise de vitesse. Dans le contexte de Ouagadougou, la situation particulière des arrondissements périphériques face à la survenue des dommages corporels graves peut s'expliquer par la traversée des routes nationales et le sous équipement en infrastructures routières (manque ou l'absence de panneaux de signalisation, de feux tricolores, etc.). Cette analyse rejoint les résultats de Nikiema et *al.* (2017) selon lequel les lieux de plus forte concentration d'accidents avec victimes de blessure grave sont les voies desservant les périphéries sud et ouest de la ville de Ouagadougou.

Un autre résultat est la relation significative observée entre le type de véhicule et la gravité des dommages corporels des victimes d'accident de la circulation de la route. Selon les résultats, une victime d'accident de la circulation est susceptible de connaître des dommages corporels grave si l'accident implique un véhicule à 2 roues. Ces résultats corroborent ceux obtenus par Bonnet et *al.* (2015). Selon ces auteurs, 86% des victimes ayant des dommages corporels par accident sont des usagers de 2 roues motorisés. Cela peut s'expliquer par l'excès de vitesse des usagers, le refus du port de casque de sécurité, le non-respect du code de la route et les acrobaties (les prises de risques).

Les résultats de l'étude ont montré que le jour et le mois de l'accident n'ont pas d'effets significatifs sur la survenue des blessures graves. Ces résultats suggèrent que la survenue des dommages corporels graves se fait indépendamment du jour de la semaine et du mois de l'année.

5. Conclusion

Les dommages corporels graves des accidents de la circulation constituent des phénomènes récurrents dans les pays sous-développés. Au Burkina Faso plus précisément dans la capitale politique, notre étude a eu pour objectif de contribuer à la compréhension des facteurs responsables des dommages corporels graves lors des accidents de la circulation routière dans la ville de Ouagadougou. Spécifiquement, il s'agissait d'évaluer l'ampleur des dommages corporels graves

lors des accidents de la route et d'identifier les facteurs explicatifs de la survenue des dommages corporels graves lors d'un accident de la circulation et de les hiérarchiser. Les résultats ont montré que la fréquence des dommages corporels graves est très élevée à Ouagadougou et varie significativement en fonction du sexe, de l'âge, du lieu de l'accident et du type du véhicule. Par ordre d'importance, le lieu de l'accident est au premier rang dans la hiérarchie des facteurs explicatifs. Cette variable explique à elle seule 44,6% de la survenue des dommages corporels graves chez les victimes d'accident de la route. Le sexe et l'âge occupent respectivement les deuxièmes et troisièmes places et expliquent à eux deux plus de 50% de la survenue des dommages corporels graves chez les victimes d'accident de la route. Le type de véhicule vient au dernier rang de la hiérarchie des facteurs explicatifs des dommages corporels graves avec une contribution de 4%. Au regard de ces résultats, il est indispensable d'entreprendre des mesures pour limiter la survenue des dommages corporels graves dans la ville de Ouagadougou.

Cette étude présente quelques limites liées. La première limite réside dans les données. Les variables telles que la puissance du véhicule, l'état du véhicule, le mode d'utilisation du véhicule, les catégories du permis, l'âge des véhicules et le port de casque ou de ceinture de sécurité, la vitesse au moment de la collision que nous n'avons pas pourraient aussi bien expliquer la gravité des accidents. La deuxième limite s'articule sur des faits qui ne sont pas mesurables tels que les émotions qui animaient la victime avant l'accident entraînent son imprudence.

En dépit des limites sus-évoquées, on peut dégager les recommandations suivantes :

- susciter le port du casque chez les utilisateurs des véhicules à 2 roues pour limiter les blessures graves en cas d'accident de la circulation;
- construire des voies adaptées suivant les normes de la circulation pour distinguer notamment les passages pour 4 roues, pour 2 roues et pour piéton;
- installer plus de panneaux de signalisation au niveau des arrondissement périphériques;
- éclairer les endroits sombres pour plus de visibilité. Ceci pourra aider d'avantage les personnes âgées à avoir une bonne lecture de leur environnement avant de prendre des actions.

Remerciements

Nos remerciements vont au personnel de l'observatoire sur la sécurité routière de la commune de Ouagadougou qui a permis et autorisé l'accès aux données.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt en rapport avec cette étude. Les données proviennent de bases administratives publiques, en l'occurrence l'observatoire des accidents de la commune de Ouagadougou. Ces données sont déjà anonymisées par l'observatoire. Par ailleurs, la conception, la collecte de données, l'analyse, l'interprétation des résultats et la rédaction de cet article ont été réalisés de manière indépendante, sans aucune influence financière ou personnelle qui pourrait être interprétée comme un conflit d'intérêt.

Références Bibliographiques

- Aloulou, F., & Naouar, S. (2016). Analyse microéconométrique des accidents routiers en Tunisie. *Revue économique*, 67(6), 1211-1230. <https://shs.cairn.info/revue-economique-2016-6-page-1211?lang=fr>
- Bayogo Y. Mariko S. & Kolli A. K. (2022). Analyse du transport routier et ses accidents : cas des RN6 et RN7 du Mali. *Revue Internationale du Chercheur*, 3(2), 612-635. [file:///Users/admin/Downloads/366-Article%20Text-1254-1-10-20220605%20\(1\).pdf](file:///Users/admin/Downloads/366-Article%20Text-1254-1-10-20220605%20(1).pdf)
- Bénie Bi Vroh, J., Tiembre, I., Ekra, K., Ano Ama, M., Ka, O. M., Dagnan, N. S., & Tagliante-Saracino, J. (2016). Déterminants des accidents mortels de la circulation routière en Côte d'Ivoire de 2002 à 2011. *Santé Publique*, 5(28), 647-653. <https://doi.org/10.3917/spub.165.0647>.
- Bonnet, E. (2023). Les accidents de la route en Afrique : Une question de santé publique majeure mais négligée. Récupéré à partir de l'adresse web https://www.lemonde.fr/afrique/article/2023/01/12/les-accidents-de-la-route-en-afrique-une-question-de-sante-publique-majeure-mais-negligee_6157636_3212.html
- Chapelon, J., Biecheler-Fretel, M. B., Assailly, J. P. & Gayraud, P. (2002). Accidents de la Route, des handicaps et des décès évitables. *Actualité et dossier en santé publique*, (41), 15-66. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=adsp-41.pdf>
- Ewing, R., Hamidi, S., & Grace, J. B. (2016). Urban sprawl as a risk factor in motor vehicle crashes. *Urban Studies*, 53(2), 247-266. DOI: 10.1177/0042098014562331
- Fillol, A., Bonnet, E., Bassolé, J., Lechat, L., Djiguindé, A., Rouamba, G., & Ridde, V. (2016). Équité et déterminants sociaux des accidents de la circulation à Ouagadougou, Burkina Faso. *Santé Publique*, 28(5), 655-676. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-5-page-665.htm>
- Fournier J.Y. & Boulisset F. (2019) : Type de motocyclette et risque de décès par accident chez les motocyclistes, *Carnets d'accidentologie*, 2019(2019), 15-30. <https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/2642/files/2019/12/Article-Fournier-et-Boulisset-2019-12.pdf>
- Gayrads P. (2002). Accidents de la route. Des handicaps et des décès évitables. *Actualité et dossier en santé publique*, 41(2002), 15-21. [file:///Users/admin/Downloads/adsp-41%20\(3\).pdf](file:///Users/admin/Downloads/adsp-41%20(3).pdf)
- Godillon, S., & Vallée, J. (2015). Inégalités socio-spatiales de risque d'accident en tant que piéton: un cumul de facteurs individuels et contextuels?. *Revue francophone sur la santé et les territoires*. <https://doi.org/10.4000/rfst.447>
- Granié M. A. (2018). « Femme au volant... » Le rôle des stéréotypes de sexe dans les comportements de mobilité, Champs-sur-Marne : Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux, 26 p. <https://hal.science/hal-01908885v1/file/doc00029583.pdf>
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). (2020). *Cinquième recensement général de la population et de l'habitation du Burkina Faso, Rapport préliminaire*, Ouagadougou : INSD, 89p.
- Lafont, S., & Laumon, B. (2003). Vieillesse et gravité des atteintes lésionnelles des victimes d'accident de la circulation routière. *Recherche-Transports-Sécurité*, 79(2003), 121-133. [https://doi.org/10.1016/S0761-8980\(03\)00010-4](https://doi.org/10.1016/S0761-8980(03)00010-4)
- Nikiema, A., Bonnet, E., Sidbega, S., & Ridde, V. (2017). Les accidents de la route à Ouagadougou, un révélateur de la gestion urbaine. *Lien social et Politiques*, 78 (2017), 89-111. <https://doi.org/10.7202/1039340aradresse copieune erreur s'est pro>

- Nikiema, A., Sidbega, S., Ouedraogo, M., Lechat, L., & Ridde, V. Bonnet, E., Fillol, A. (2015). Comment réduire les accidents de la route et les traumatismes à Ouagadougou ? (Note de recherche). Ouagadougou : Centre IRD de Ouagadougou. https://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2016/01/Note-Traumatismes_PB1_fr.pdf
- OMS. (2014). Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata (résolution WHA67.11 (2014)). Genève: OMS. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_24-fr.pdf
- Peltzer K., Phaswana-Mafuya N., Arokiasamy P., Biritwum R., Yawson A., Minicuci N., William J.S., Kowal P., Chatterji S. (2018). Prevalence, circumstances and consequences of non-fatal road traffic injuries and other bodily injuries among older people in China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa. *African Safety Promotion Journal*, 13(2), 59-77. <https://www.ajol.info/index.php/asp/article/view/136143>
- Sethi D. et Mitis F. (2013). Road Traffic Injuries. In Johan P. Mackenbach J. P. et McKee M. (Eds.), *Successes and Failures of Health Policy in Europe* (pp. 215-238). New York, Open University Press.
- Thierry X. (2010). Les accidents et agressions corporelles chez les personnes âgées : moins fréquents que chez les jeunes, mais plus graves. Paris : Population & Société de l'INED, bulletin mensuel numéro 34, 4p. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19136/468.fr.pdf
- Vandenbulcke G., Thomas I. & Panis L.I. (2014). Predicting cycling accident risk in Brussels: A spatial case-control approach. *Accident Analysis & Prevention*, 62 (2014), 341-357. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2013.07.001>
- Vejud J., Le Bruchec S. Bernat V., Beauvais C., Beauvais N., Berrut G. (2020). Étude de la fragilité de la personne âgée et de l'activité physique en médecine générale : à propos d'une étude prospective. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 68(5), 282-287. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.06.006>

© 2025 BOUGMA et al., 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 03 October 2024
Accepted, 14 April 2025
Published, 17 April 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite : Bougma et al. (2025). *Acceptation de la vaccination antipaludique chez les mères d'enfants âgés de 0 à 24 mois à Abidjan, Côte d'Ivoire, en 2023.* *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(1), 190-203. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.13>

Research

Acceptation de la vaccination antipaludique chez les mères d'enfants âgés de 0 à 24 mois à Abidjan, Côte d'Ivoire, en 2023

Acceptance of malaria vaccination among mothers of children aged 0 to 24 months in Abidjan, Ivory Coast, in 2023

Alfred Douba^{1,2}, Nicaise Bernadin Lépri Aka¹, Christian Bangaman Akani^{1,2}, Eric martial Kouakou Ahoussou^{1,2}, Marie Noelle Ano^{1,2}

¹ Université Felix Houphouët-Boigny Abidjan-Cocody, Côte d'Ivoire

² Institut National d'Hygiène Publique, Abidjan, Côte d'Ivoire

³ Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination, Abidjan, Côte d'Ivoire

*Correspondance : email : alfreddouba1@gmail.com ; Tel : +2250103454442

Résumé

L'Organisation Mondiale de la Santé a recommandé, en 2022, l'introduction du vaccin antipaludique dans la vaccination de routine. La Côte d'Ivoire prévoit l'introduction du vaccin antipaludique dans le PEV en 2024. L'objectif de notre étude était de déterminer l'acceptation du vaccin antipaludique. Nous avons réalisé une enquête transversale dans deux districts sanitaires d'Abidjan. Les données ont été collectées dans les centres de vaccination au cours d'un entretien direct avec les mères d'enfants âgés de 0 à 24 mois. L'intention vaccinale a été calculée en divisant le nombre de réponses positives par le nombre total d'enquêtées. Les facteurs associés à l'intention vaccinale contre le paludisme ont été recherchés en réalisant une analyse multivariée par régression logistique. La mesure d'association était l'Odds Ratio ajusté avec un intervalle de confiance à 95 %. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel PASW Statistics 18. Au total, 617 mères ont été enquêtées. L'intention vaccinale était de 96%. Il y avait une relation entre l'intention vaccinale antipaludique et le niveau d'étude (Test exact de Fisher = 12,93 ; $p = 0,003$). A l'analyse multivariée, l'association entre le niveau d'étude et l'intention vaccinale antipaludique n'était pas statistiquement significative (ORaj = 1,66 ; IC95% : 0,64 – 4,28). L'acceptation du vaccin antipaludique est élevée chez les mères d'enfants âgés de 0 à 24 mois.

Mots-clés : Acceptation, vaccination antipaludique, mères, Côte d'Ivoire

Abstract

The World Health Organization recommended the introduction of malaria vaccine into routine immunization in 2022. Côte d'Ivoire plans to introduce malaria vaccine into the EPI in 2024. The objective of our study was to determine the acceptance of malaria vaccine. We conducted a cross-sectional survey in two health districts of Abidjan. Data were collected in vaccination centers during a direct interview with mothers of children aged 0 to 24 months. Vaccination

intention was calculated by dividing the number of positive responses by the total number of respondents. Factors associated with malaria vaccination intention were identified by performing a multivariate analysis by logistic regression. The measure of association was the adjusted Odds Ratio with a 95% confidence interval. Data were analyzed using PASW Statistics 18 software. A total of 617 mothers were surveyed. Vaccination intention was 96%. There was a relationship between malaria vaccination intention and education level (Fisher exact test = 12.93; $p = 0.003$). On multivariate analysis, the association between education level and malaria vaccination intention was not statistically significant ($OR_{adj} = 1.66$; 95% CI: 0.64 – 4.28). Malaria vaccine acceptance is high among mothers of children aged 0 to 24 months.

Keywords: Acceptance, malaria vaccination, mothers, Côte d'Ivoire

1. Introduction

Le paludisme constitue un problème de santé publique par sa morbidité et sa mortalité élevées. Selon l'organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2021, 247 millions de cas de paludisme ont été notifiés dans 84 pays endémiques soit une hausse par rapport aux 245 millions de cas déclarés en 2020 (World Health Organization, 2022). La région africaine de l'OMS abritait environ 95% des cas de paludisme notifiés dans le monde en 2020 [8] et aussi en 2021 (World Health Organization, 2022). Le nombre de décès dû au paludisme dans le monde était estimé à 625 000 en 2020 et à 619 000 en 2021. Dans la région africaine de l'OMS, le nombre de décès était estimé à 599 000 en 2020 et à 593 000 en 2021. En Côte d'Ivoire, les décès attribués au paludisme étaient de 1 316 et 1 276 respectivement en 2020 et en 2021 (World Health Organization, 2022).

Les enfants de moins de 5 ans payent un lourd tribut à cette maladie. En effet, ils représentaient 76% et 77% des décès dus au paludisme respectivement en 2015 (World Health Organization, 2022) et en 2020 dans le monde (World Health Organization, 2021). En Côte d'Ivoire, en 2020, le paludisme était la première cause de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans avec une incidence de 440,97‰ (Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire, 2020).

Selon l'analyse socio-anthropologique du Groupe Scientifique d'Appui, le paludisme est une cause d'absentéisme scolaire et professionnel, réduisant ainsi de 43% le revenu mensuel des ménages en Côte d'Ivoire (Abbé, 2022). Selon Kouadio et collaborateurs, les coûts directs associés au paludisme représentent en moyenne 12 à 14% du revenu des ménages dont les membres actifs perdent 4 à 7 jours de travail (Kouadio, 2006).

La lutte contre le paludisme repose sur la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA), la chimioprophylaxie, la lutte anti vectorielle et la prise en charge des cas. Cependant cette lutte est confrontée à des obstacles notamment la résistance des parasites aux antipaludiques, la résistance des vecteurs aux insecticides, l'insuffisance de la disponibilité des moustiquaires en population et le coût élevé de la pulvérisation intra domiciliaire dans le cadre de la lutte anti vectorielle (World Health Organization, 2022).

Après plus de trois décennies de recherche, un vaccin antipaludique (le RTS,S ou Mosquirix) a été approuvé par l'OMS (Organisation Mondiale de Santé, 2022 ; Zavala, 2022 ; Laurens, 2020). La vaccination fait partie des interventions de santé publique ayant un meilleur rapport coûts/efficacité (Ozawa et al., 2012 ; Leidner et al., 2019). Grâce aux vaccins, de nombreuses vies ont été sauvées et la morbidité de nombreuses maladies a été considérablement réduite (Palacpac et al., 2020). En vue de réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme, l'OMS

a recommandé, en 2022, l'introduction du vaccin antipaludique dans le Programme Elargie de Vaccination (PEV), dans les zones de transmission modérée ou élevée du paludisme, selon un schéma vaccinal à 4 doses ciblant les enfants à partir de l'âge de 5 mois (Organisation Mondiale de Santé, 2022).

L'introduction d'un nouveau vaccin constitue un processus crucial dans le domaine de la santé publique, exigeant une évaluation approfondie de son acceptabilité par la population cible. L'acceptabilité d'un vaccin est un facteur clé influençant son adoption et, par extension, son efficacité dans la prévention des maladies. Elle englobe la disposition des individus et des communautés à se faire vacciner, et est influencée par divers éléments tels que la perception de la maladie, la confiance dans les autorités sanitaires, et les considérations socio-culturelles.

Pourtant, malgré son importance capitale, l'acceptabilité du vaccin contre le paludisme demeure largement sous-étudiée en Afrique francophones (Mumtaz et al., 2023 ; Ajayi et al., 2023 ; Kpanake et al., 2016). Les recherches existantes ont été effectuées dans les pays anglophones et de l'Est et ce sont concentrées sur les déterminants de la volonté des parents à faire vacciner leurs enfants contre le paludisme, mettant en évidence les divers facteurs qui influent sur leur décision. Dans le contexte ivoirien, l'introduction de nouveaux vaccins dans le programme national a parfois été entravée par des défis liés à la confiance et à l'acceptabilité (Kouassi et al. 2022 ; Toure et al., 2023). En 2022, le Ministre en charge de la Santé a adressé une saisine au Comité National des Experts Indépendants pour la Vaccination et les Vaccins de Côte d'Ivoire (CNEIV-CI) pour avis et recommandations sur l'utilisation du vaccin antipaludique (Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, 2022). A la suite de cette sollicitation, le CNEIV-CI a adressé, au Ministre en charge de la Santé, une note de recommandation dans laquelle il recommande l'introduction du vaccin antipaludique dans le PEV en Côte d'Ivoire (CNEIV-CI, 2022). La Côte d'Ivoire prévoit l'introduction du vaccin antipaludique dans le PEV en 2024 (Direction de Coordination du Programme Elargie de Vaccination, 2023). Il nous est donc paru nécessaire de réaliser la présente étude pour analyser l'acceptabilité du vaccin antipaludique chez les mères d'enfants âgés de 0 à 24 mois afin de guider les autorités sanitaires et la Directions de Coordination du PEV dans l'élaboration de stratégies et la mise en œuvre d'actions nécessaires à l'atteinte des objectifs de l'introduction du vaccin antipaludique dans le PEV.

Les objectifs de ce travail étaient de i) décrire les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées, ii) déterminer la proportion de l'acceptation du vaccin antipaludique chez les enquêtées et iii) d'identifier les facteurs associés à l'acceptation du vaccin antipaludique.

2. Matériel et méthodes

2.1. Type, lieu, durée et population de l'enquête

Nous avons réalisé une enquête transversale à visée analytique. Elle s'est déroulée à Abidjan, dans les districts sanitaires d'Abobo Ouest et Cocody-Bingerville. Abidjan (5 616 633 habitants) était la ville la plus peuplée de la Côte d'Ivoire à l'issue du recensement général de la population et de l'habitat réalisé dans le pays en 2021 et abritait une grande variété de populations originaires de toutes les régions de la Côte d'Ivoire et de la sous-région ouest africaine (Institut National de la Statistique, 2022). Selon l'Institut National de la Statistique (2021), la commune d'Abobo (1 340 083 habitants) et celle de Cocody-Bingerville (897 239

habitants) étaient respectivement la deuxième et la troisième commune les plus peuplées d'Abidjan après Yopougon (1 571 065 habitants) et abritaient une grande variété d'habitants originaires de toutes les régions de la Côte d'Ivoire. . L'enquête s'est déroulée du 15 juillet au 15 septembre 2023 soit une durée de 2 mois.

La population d'étude était constituée des mères d'enfants âgés de 0 à 24 mois.

- Critères d'inclusion :
 - Être présente dans le centre de vaccination lors de la collecte des données ;
 - Résider dans la commune qui abrite le centre de vaccination ;
 - Avoir donné un consentement éclairé.
- Critères d'exclusion :
 - Refuser de participer à l'enquête.
 - Avoir son enfant malade.

2.2. *Echantillonnage et taille de l'échantillon*

La formule utilisée pour le calcul de la taille de l'échantillon à enquêter est celle de Schwartz :

$$n = eg \times \frac{\varepsilon_{\alpha}^2}{i^2} \times p(1 - p)$$

Avec

- eg : effet de grappe = 1
- ε_{α} : écart réduit de la loi normale au seuil d'erreur de α (niveau de confiance à 95 %) = 1,96
- i : la précision de l'estimation = 0,05
- p : le pourcentage d'acceptabilité attendue = 50%

Le pourcentage d'acceptabilité attendu étant inconnu, il a été fixé à 50% (Tebeu, 2021).

Sur la base de cette formule, la taille minimale de l'échantillon est de 384 mères soit 128 par commune. Le nombre de mères à enquêter par commune a été arrondi à 200. La taille minimale de l'échantillon était donc de 400 mères.

2.3. *Collecte et analyse des données*

Les données ont été collectées dans les centres de vaccination au cours d'un entretien direct avec les mères d'enfants âgés de 0 à 24 mois. Les centres de vaccination ont été sélectionnés par un tirage aléatoire simple. Le but de l'étude a été expliqué à chaque enquêtée dont le consentement verbal a été obtenu avant le début de l'entretien. Le support de la collecte des données était un questionnaire papier conçu à cet effet.

Plusieurs types de variables ont été collectés :

- variables sociodémographiques (âge de la mère, le nombre d'enfants de moins de 5 ans dans le ménage, lieu de résidence, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, religion, la vie en couple) ;
- connaissance du paludisme (avoir entendu parlé du paludisme, connaissance des signes du paludisme) ;
- variables relatives à la vaccination (avoir déjà accompagné un enfant dans un centre de vaccination, intention de faire vacciner l'enfant contre le paludisme).

L'analyse des données s'est faite en deux phases : une phase descriptive (répondant aux objectifs i) et ii) et une phase analytique (répondant à l'objectif iii).

A la phase descriptive, les variables ont été présentées sous forme de proportion.

A la phase analytique, le test de Chi 2 ou de Fisher (lorsque les conditions de réalisation du test de Chi 2 n'étaient pas remplies : le nombre d'observations dans une cellule est supérieur ou égale à 5) a été réalisé entre la variable dépendante (intention de faire vacciner l'enfant) et les variables indépendantes sélectionnées (l'âge des mères, le nombre de leurs enfants, le nombre d'enfants de moins de 5 ans dans le ménage, niveau d'étude des mères et la vie en couple). Ensuite, une analyse multivariée, par régression logistique, a été réalisée pour la recherche des facteurs associés à l'intention vaccinale. La mesure d'association était l'Odds Ratio ajusté (ORaj) avec un intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) et un degré de significativité $p < 0,05$. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel PASW Statistics 18.

2.4. *Considérations éthiques et confidentialité*

Des courriers de demande d'autorisation d'enquête ont été adressés aux Directeurs départementaux de la santé des districts sanitaires d'Abobo Ouest et de Cocody-Bingerville. La collecte des données n'a débuté qu'après l'obtention d'un avis favorable de chacun de ces Directeurs départementaux de la santé.

Le but de l'enquête a été expliqué à toutes les personnes sélectionnées pour y participer. Chaque participante a été informée que sa participation à l'enquête est volontaire et qu'elle est libre de se retirer, sans justification, de l'enquête à tout moment, et que cela n'aura pas de conséquences et n'affectera pas ses responsabilités professionnelles. Un consentement éclairé verbal a été obtenu des participantes avant l'administration du questionnaire qui a été anonyme.

La confidentialité des informations concernant les participantes a été maintenue tout au long de l'enquête. Un numéro unique, spécifique, a été attribué à chaque participante et a servi à l'identification de son questionnaire. Aucune donnée figurant sur la fiche d'enquête ne pouvait aboutir à l'identification des enquêtées.

3. Résultats

3.1. *Résultats descriptifs*

Au total, 617 mères d'enfants de 0 à 24 mois ont été enquêtées dont 306 (49,60 %) à Abobo Ouest et 311 (50,40 %) à Cocody-Bingerville. L'âge moyen et l'âge médian étaient respectivement 30,52 ans et 31 ans. La grande majorité des enquêtées avaient des connaissances sur le paludisme (97 %), l'expérience d'un centre de vaccination (98 %) et avaient l'intention de faire vacciner leurs enfants (96 %).

Tableau I : Répartition des enquêtées selon les variables sociodémographiques, Abidjan, Côte d'Ivoire, 2023

Variables	N	n	%
Tranches d'âge (ans)	617		
15 – 30		296	48
31 – 45		321	52
Niveau d'étude	617		
Aucun		203	33
Primaire		126	20

Secondaire	196	32
Supérieur	92	15
Religion	617	
Chrétienne	339	55
Musulmane	278	45
Vie en couple	617	
Oui	508	82
Non	109	18
Nombre d'enfants	617	
1	165	27
≥ 2	452	73
Nombre d'enfants < 5 ans dans le ménage	617	
1	325	53
≥ 2	292	47
Catégorie socioprofessionnelle	617	
Ménagère	186	30
Secteur informel	124	20
Employée du privé	76	12
Sans emploi	59	10
Employée du public	54	09
Commerçante	34	06
Elève	34	06
Entrepreneur	27	04
Etudiante	23	03
Connaissance sur le paludisme	617	
Oui	600	97
Non	17	03
Signe cités du paludisme	617	
Fièvre	508	82
Céphalée	447	72
Frisson	211	34
Vomissements	143	23
Pâleur	142	23
Ictère	141	23
Urines foncées	122	20
Fatigue	72	12
Autres (douleurs abdominales, diarrhée)	63	10
Nausées	40	06
Anorexie	33	05
Convulsion	19	03
Expérience d'un centre de vaccination	617	
Oui	604	98
Non	13	02
Intention vaccinale	617	
Oui	594	96
Non	23	04
Raisons de non intention vaccinale	23	
Pas confiance au vaccin	13	54
Peur des effets secondaires	05	23
Manque d'information sur le vaccin	02	09

Doute de l'efficacité du vaccin	02	09
Contre le vaccin	01	05

Source : conçu à partir des données de l'enquête

3.2. Résultats analytiques

A l'analyse univariée, les mères de niveau secondaire avaient une intention réduite de 82 % de faire vacciner leurs enfants comparativement à celle n'ayant aucun niveau.

Tableau II : Chi 2 de l'intention vaccinale antipaludique selon les variables indépendantes, Abidjan, Côte d'Ivoire, 2023

Variables indépendantes	Intention vaccinale antipaludique				
	N	Oui n (%)	Test	Valeur numérique du test	P
Niveau d'étude	617				
Aucun	203	192 (95)			
Primaire	126	124 (98)			
Secondaire	196	194 (99)	F	12,93	0,003**
Supérieur	92	84 (91)			
Age	617				
15-30 ans	296	289 (98)			
31-45 ans	321	305 (95)	X ²	2,94	0,08
Vie en couple	617				
Oui	508	486 (96)			
Non	109	108 (99)	F	2,91	0,09
Nombre d'enfants de moins de 5 ans dans le ménage	617				
1	325	316 (97)			
≥ 2	292	278 (95)	X ²	1,75	0,18
Religion	617				
Chrétienne	339	325 (96)			
Musulmane	278	269 (97)	X ²	0,34	0,56
Nombre d'enfants	617				
1	165	160 (97)			
≥ 2	452	434 (96)	X ²	0,30	0,58

F = Test exact de Fisher ;

X² = Chi carré de Pearson

**p < 0,005

Source : conçu à partir des données de l'enquête

Il y avait un lien statistiquement significatif entre le niveau d'étude et l'intention vaccinale antipaludique. Autrement dit, l'intention vaccinale antipaludique était influencée par le niveau d'étude.

Tableau III : Odds Ratio de l'intention vaccinale antipaludique selon les variables sociodémographiques, Abidjan, Côte d'Ivoire, 2023

Variables indépendantes	Intention vaccinale antipaludique		
	OR	IC 95%	p

Age				
15-30 ans	1			
31-45 ans	2,16	0,88 – 5,34	0,09	
Nombre d'enfants de moins de 5 ans dans le ménage				
1	1			
≥ 2	1,77	0,75 – 5,37	4,15	
Nombre d'enfants				
1	1			
≥ 2	1,33	0,48 – 3,63	0,58	
Niveau d'étude				
Aucun	1			
Primaire	0,28	0,06 – 1,29	0,10	
Secondaire	0,18	0,04 – 0,82	0,03*	
Supérieur	1,66	0,64 – 4,28	0,29	
Religion				
Chrétienne	1			
Musulmane	0,78	0,33 – 1,82	0,56	
Vie en couple				
Oui	1			
Non	0,20	0,03 – 1,53	0,12	

OR = Odds Ratio

IC 95% = Intervalle de confiance à 95%

*p < 0,05 ;

Source : conçu à partir des données de l'enquête

Tableau IV : Odds Ratio de l'intention vaccinale antipaludique selon les variables sociodémographiques, Abidjan, Côte d'Ivoire, 2023

Variable indépendante	Intention vaccinale antipaludique		
	ORaj	IC 95%	p
Niveau d'étude			
Aucun	1		
Primaire	0,28	0,06 – 1,29	0,10
Secondaire	0,18	0,04 – 0,82	0,82
Supérieur	1,66	0,64 – 4,28	4,28

ORaj = Odds Ratio ajusté

IC 95% = Intervalle de confiance à 95%

Source : conçu à partir des données de l'enquête

A l'analyse multivariée, l'association entre le niveau d'étude et l'intention vaccinale antipaludique n'était pas statistiquement significative car les valeurs numériques de p étaient supérieures à 0,05.

4. Discussion

L'introduction du vaccin contre le paludisme dans le PEV en Côte d'Ivoire est prévue en 2024 dans le but de réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme dans le pays (Direction de Coordination du Programme Elargie de Vaccination, 2023). L'atteinte de ce but nécessite, en plus de la disponibilité du vaccin dans les centres de vaccination, l'acceptation de celui-ci par les cibles qui sont représentées par leurs parents notamment leurs mères. Nous discuterons les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées, l'acceptation du vaccin contre le paludisme et les facteurs associés à l'acceptation de ce vaccin.

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées

L'âge des enquêtées dans notre étude s'inscrit de la tranche d'âge de la procréation (15 à 49 ans) (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). En effet, l'âge minimum et maximum étaient respectivement 15 ans et 45 ans. L'âge moyen et l'âge médian étaient respectivement 30,52 ans et 31 ans. Le groupe d'âge de 25 à 34 ans représentait environ la moitié des enquêtées. Ce constat pourrait s'expliquer par l'évolution décroissante de la fertilité au-delà de 30 ans. En effet, la fertilité féminine est considérée comme étant maximale aux alentours de 25 ans. Au-delà, elle commence à chuter progressivement et s'effondre vers 38 ans. Entre 42 et 44 ans, les chances de grossesse sont minimales et à 45 ans, les grossesses spontanées sont exceptionnelles (Wistim, 2024).

Parmi les enquêtées, 33 % n'avaient aucun niveau d'étude, 32 % avaient un niveau secondaire, 20 % un niveau primaire et 15 % un niveau supérieur. La proportion de femmes n'ayant aucun niveau d'étude parmi nos enquêtées était inférieure à celle trouvée par l'Institut National de la Statistique lors de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée en Côte d'Ivoire en 2021 (49 %). Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que notre enquête a eu lieu uniquement en milieu urbain, contrairement à l'EDS qui a inclus le milieu urbain et le milieu rural où l'on trouve une proportion plus élevée de femmes âgées de 15 à 49 ans n'ayant aucun niveau d'instruction. Par exemple, lors de l'EDS de 2021, la proportion de femme sans niveau d'instruction était de 65% et 48% respectivement en milieu rural et en milieu urbain (Institut National de la Statistique, 2023).

En ce qui concerne la catégorie socioprofessionnelle, les enquêtées étaient des ménagères dans 30 % des cas et des personnes travaillant dans le secteur informel dans 20 % des cas. Ce constat pourrait s'expliquer par les proportions élevées d'enquêtées n'ayant aucun niveau d'instruction et celles de niveau primaire. En effet, selon le rapport de 2017 de la Banque Mondiale sur la situation de l'emploi en Côte d'Ivoire, les personnes sans instruction exercent pour la plupart dans le secteur agricole et dans le secteur des emplois indépendants non agricoles ; les emplois salariés étant occupés par les personnes ayant un niveau supérieur et un niveau secondaire (second cycle) (Groupe de la Banque Mondiale, 2017).

Les enquêtées étaient en majorité de religion chrétienne (55 %) suivies de celles pratiquant la religion musulmane (45 %). La prédominance de ces deux religions a également été mentionnée dans les résultats globaux définitifs du Recensement général de la Population et de l'Habitat réalisé en Côte d'Ivoire, en 2021 (Centre d'information et de communication gouvernementale de la Côte d'Ivoire, 2022).

4.2 Acceptation du vaccin antipaludique chez les enquêtées

Le vaccin antipaludique est un moyen qui suscite un grand espoir dans la lutte contre cette maladie. Il ressort de notre étude que les enquêtées sont favorables à la vaccination contre le

paludisme. En effet, la majorité des enquêtées (96 %) avaient l'intention de faire vacciner leurs enfants contre le paludisme. Cette forte intention vaccinale contre le paludisme a été rapportée dans plusieurs études réalisées en Afrique (Mumtaz et al., 2023 ; Sulaiman et al., 2022). Dans une revue systématique réalisée par Sahabi et collaborateurs, en 2022, il ressort que l'acceptation du vaccin contre le paludisme était de 96 % dans la population générale et de 94 % chez les mères (Sulaiman et al., 2022). Aussi, dans des études réalisées au Kenya (Ojakaa et al., 2014), en Tanzanie (Mtenga et al., 2016), au Nigéria (Chukwuocha et al., 2018) et au Ghana (Yeboah et al., 2022), l'acceptation du vaccin anti paludique variait de 92 % à 98,9 %. Ailleurs, au Bangladesh, l'acceptation de ce vaccin était de 70 % selon Mohammad et collaborateurs (Amin et al., 2023).

Si ces résultats suscitent de l'espoir pour la vaccination des enfants, il faut noter que certains auteurs ont rapporté des intentions vaccinales basses. En effet, dans son étude réalisée en Ethiopie, en 2021, Getachew a trouvé une intention vaccinale de 32 % chez les mères d'enfants de moins de 5 ans. Selon cet auteur, cette faible intention vaccinale serait due aux différences de caractéristiques sociodémographiques des enquêtées, au type d'étude, à la taille de l'échantillon et à la période de réalisation de l'étude (Asmare, 2022).

Il faut souligner que les opinions positives à l'égard du vaccin contre le paludisme étaient dues à l'espoir que le vaccin réduirait les visites aux établissements de santé, les épisodes de paludisme, les dépenses liées à leur traitement, les hospitalisations et les décès dus à cette maladie (Mtenga et al., 2016 ; Bam et al., 2023).

4.3 Facteurs associés à l'acceptation du vaccin antipaludique

Dans notre étude, le facteur associé à l'acceptation du vaccin antipaludique était le niveau d'étude. Le niveau d'étude pourrait favoriser la connaissance des bénéfices de la vaccination. En Ethiopie, Getachew avaient trouvé que l'état matrimonial, les connaissances sur le vaccin antipaludique et l'expérience antérieure en matière de vaccination des enfants étaient significativement associés à la volonté d'accepter le vaccin contre le paludisme pour les enfants de moins de 5 ans (Asmare, 2022). Au Ghana, Yeboah et collaborateurs ont rapporté que l'éducation sur le vaccin anti paludique et la confiance en l'efficacité de ce vaccin avaient une association statistiquement significative avec l'acceptation du vaccin antipaludique chez les mères d'enfants de 6 à 24 mois (Yeboah et al., 2022). Au Bangladesh, selon Amin et collaborateurs, la connaissance du paludisme était associée à l'acceptation du vaccin par les parents d'enfants de moins de 5 ans (Amin et al., 2023).

Dans une revue systématique, les facteurs socio démographiques associés à l'acceptation du vaccin antipaludique étaient le lieu de résidence, la tribu, l'âge, le sexe, la profession et la religion selon Sulaiman et collaborateurs (Sulaiman et al., 2022). En somme, les facteurs associés à l'acceptation du vaccin antipaludique étaient principalement la connaissance sur le paludisme et le vaccin antipaludique.

4.4. Implications en santé publique

Les résultats de cette étude sur l'acceptation de la vaccination antipaludique chez les mères d'enfants âgés de 0 à 24 mois à Abidjan, Côte d'Ivoire, en 2023, offrent des perspectives importantes pour la politique de santé publique dans la lutte contre le paludisme. Tout d'abord, ils soulignent l'importance cruciale de renforcer les efforts de sensibilisation et d'éducation sur le paludisme et l'importance de la vaccination, en particulier dans les communautés urbaines.

Ces efforts doivent être adaptés aux caractéristiques sociodémographiques des mères, telles que leur niveau d'éducation, leur âge et leur profession, pour maximiser leur efficacité. De plus, il est essentiel de prendre en compte les facteurs culturels et religieux dans la conception des messages de sensibilisation, en impliquant les leaders religieux et communautaires pour renforcer la confiance et l'acceptation du vaccin.

En outre, une fois que le vaccin antipaludique sera introduit dans le Programme Elargi de Vaccination en 2024, il sera nécessaire de renforcer le Programme Elargi de Vaccination pour assurer une couverture maximale. Cela nécessitera une augmentation de l'offre des services de vaccination et une formation adéquate du personnel de santé pour une administration sûre du vaccin. Parallèlement, une surveillance continue de l'acceptation du vaccin et des facteurs influençant cette acceptation sera nécessaire pour ajuster les stratégies de sensibilisation en conséquence.

5. Conclusion

L'intention de la vaccination antipaludique chez les mères enquêtées était de 96 % ce qui suscite un sentiment d'optimisme quant à la vaccination des enfants une fois que le vaccin sera inclus dans le Programme Elargi de Vaccination. Le facteur associé à l'acceptation du vaccin antipaludique était le niveau d'étude. Cette étude met aussi en lumière le profil socio-économique des mères enquêtées qui sont principalement des ménagères dans 30 % des cas et des femmes travaillant dans le secteur informel dans une proportion de 20 %. Cette information est cruciale pour l'adaptation des messages de sensibilisation et les canaux de diffusion des informations afin d'atteindre efficacement cette population cible. Une évaluation post-introduction du vaccin et des études de la surveillance du paludisme et des effets indésirables sont nécessaires pour réorienter les efforts de vaccination, estimer l'impact de la vaccination sur l'incidence du paludisme et identifier les effets indésirables non observés du vaccin dans les phases d'essais.

Les résultats de notre étude doivent être utilisés en tenant compte des limites qu'elle comporte. Premièrement, l'étude a inclus uniquement les mères. L'avis des mères des enfants peut être différent de celui des pères qui dans de nombreuses familles ont une décision prédominance quant à la vaccination des enfants. Deuxièmement, l'étude a été réalisée dans deux districts sanitaires. Ces deux districts ne sont pas représentatifs des districts de la ville d'Abidjan donc les résultats ne peuvent pas être généralisés ni à la ville d'Abidjan, ni à la République de Côte d'Ivoire. Enfin, la taille relativement faible de population de l'étude n'a pas permis d'identifier l'ampleur et le sens de l'association entre l'intention vaccinale et les variables sociodémographique à l'analyse multivariée.

Conflit d'intérêts

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt.

Références bibliographiques

Abbé, N., (2022). Pertinence de la socio-anthropologie dans le plan stratégique de lutte contre le paludisme. 6ème Colloque scientifique du PNLN, Abidjan (Côte d'Ivoire).

- Ajayi, M.Y., Emeto, D.C., (2023). Awareness and acceptability of malaria vaccine among caregivers of under-5 children in Northern Nigeria. *Malaria Journal*, 31, 22(1): 329. doi: 10.1186/s12936-023-04768-z
- Amin, M.A., Afrin, S., Bonna, A.S., Rozars, M.F.K., Nabi, M.H., Hawlader, M.D.H., (2023). Knowledge and acceptance of malaria vaccine among parents of under-five children of malaria endemic areas in Bangladesh: A cross-sectional study. *Health Expect*, 1-14. doi:10.1111/hex.13862
- Asmare, G., (2022). Willingness to accept malaria vaccine among caregivers of under-5 children in Southwest Ethiopia: a community based cross-sectional study. *Malaria Journal*, 21:146. <https://doi.org/10.1186/s12936-022-04164-z>
- Bam, V., Mohammed, A., Kusi-Amponsah, A., Armah, J., Lomotey, A.Y., Budu, H.I., et al., (2023). Caregivers' perception and acceptance of malaria vaccine for Children. *PLoS ONE*, 18(7): e0288686. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288686>
- Centre d'information et de communication gouvernementale de la Côte d'Ivoire, (2022). Résultats globaux définitifs du RGPH 2021 : la population vivant habituellement sur le territoire ivoirien se chiffre à 29 389 150 habitants. Consulté le 10 juillet 2023. Récupéré à partir de l'adresse web https://www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=13769
- Chukwuocha, U.M., Okorie, P.C., Iwuoha, G.N., Ibe, S.N., Dozie, I.N., Nwoke, B.E., (2018). Awareness, perceptions and intent to comply with the prospective malaria vaccine in parts of South Eastern Nigeria. *Malar J*, 17:187. doi: 10.1186/s12936-018-2335-0
- CNEIV-CI, (2022). Avis et recommandations sur l'introduction du vaccin antipaludique en Côte d'Ivoire. N°5/2022, 3 p.
- Direction de Coordination du Programme Elargie de Vaccination, (2023). Plan d'introduction du vaccin antipaludique dans le Programme Elargi de Vaccination de routine en Côte d'Ivoire. Abidjan (Côte d'Ivoire), 70p.
- Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire. Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020, (2021). Consulté le 10 juillet 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.snisdiiis.com/wp-content/uploads/2022/03/Rapport-Annuel-sur-la-Situation-Sanitaire-RASS-2020-VF.pdf>
- Groupe de la Banque Mondiale, (2017). Emploi, Productivité et Inclusion pour Réduire la Pauvreté : Un diagnostic de la situation de l'emploi en Côte d'Ivoire. Rapport No AUS13233, p180. Consulté le 10 juillet 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://documents1.worldbank.org/curated/zh/818831504783370202/pdf/AUS13233-WP-FRENCH-PUBLIC-2017-Vers-de-meilleurs-emplois-et-linclusion-productive.pdf>
- Institut National de la Statistique, (2021). Recensement général de la population et de l'habitat 2021 : résultats globaux. Consulté le 24 décembre 2024. Récupéré à partir de l'adresse web <https://plan.gouv.ci/assets/fichier/RGPH2021-RESULTATS-GLOBAUX-VF.pdf>
- Institut National de la Statistique, (2022). Recensement général de la population et de l'habitat 2021 : résultats globaux définitifs. Consulté le 24 décembre 2024. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.ins.ci/RGPH2021/RESULTATS%20DEFINITIFSRP21.pdf>

- Institut National de la Statistique, (2023). Enquête Démographique et de Santé 2021. Rapport final, P36 – 37. Consulté le 15 décembre 2023. Récupéré à partir de l'adresse web https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/FR385_01.pdf
- Kouadio, A.S., Cissé, G., Obrist, B., Wyss, K., Zingsstag, J., (2006). Fardeau économique du paludisme sur les ménages démunis des quartiers défavorisés d'Abidjan, Côte d'Ivoire. *Revue électronique en sciences de l'environnement*, Hors-série 3. <https://doi.org/10.4000/vertigo.1776>
- Kouassi, D.P., Irika, O., Soumahoro, S.I., Coulibaly, M.B., Yao, G.H., Kouame, A.D., et al., (2022). Acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19 chez les professionnels de santé en Côte d'Ivoire, 2021. *Santé publique*, 34(4): 549-56. doi: 10.3917/spub.224.0549
- Kpanake, L., Sorum, P.C., Mullet, E., (2016). The potential acceptability of infant vaccination against malaria: a mapping of parental positions in Togo. *Vaccine*, 20; 34(4): 408-12. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.12.008
- Laurens, M.B., (2020). RTS,S/AS01 vaccine (Mosquirix™): an overview. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 16 (3) ; 480–489. doi: 10.1080/21645515.2019.1669415
- Leidner, A.J., Murthy, N., Chesson, H.W., Biggerstaff, M., Stoecker, C., Harris, A.M., et al., (2019). Cost-effectiveness of adult vaccinations: A systematic review. *Vaccine*, 37(2): 226-34. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.11.056
- Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, (2022). Sollicitation de l'avis du CNEIV-CI sur l'utilisation du vaccin antipaludique RTS,S/AS01 en Côte d'Ivoire. Abidjan (Côte d'Ivoire), Courrier N°6145, 1 p.
- Mtenga, S., Kimweri, A., Romore, I., Ali, A., Exavery, A., Sicuri, E., et al., (2016). Stakeholders' opinions and questions regarding the anticipated malaria vaccine in Tanzania. *Malar J*, 15:189. doi: 10.1186/s12936-016-1209-6
- Mumtaz, H., Nadeem, A., Bilal, W., Ansar, F., Saleem, S., Khan, Q.A., et al., (2023). Acceptance, availability, and feasibility of RTS, S/AS01 malaria vaccine: A review. *Immunity, Inflammation and Disease*, 11(6): e899. doi: 10.1002/iid3.899
- Ojakaa, D.I., Jarvis, J.D., Matilu, M.I., Thiam, S., (2014). Acceptance of a malaria vaccine by caregivers of sick children in Kenya. *Malaria Journal* 2014, 13:172. doi: 10.1186/1475-2875-13-172
- Organisation Mondiale de la Santé, (2018). Santé des femmes. Consulté le 10 juillet 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- Organisation Mondiale de Santé, (2022). Note de synthèse : position de l'OMS à propos du vaccin antipaludique – mars 2022. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 97(9) ; 61-80. Consulté le 10 juillet 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352332/WER9709-eng-fre.pdf?sequence=1>
- Ozawa, S., Mirelman, A., Stack, M.L., Walker, D.G., Levine, O.S., (2012). Cost-effectiveness and economic benefits of vaccines in low-and middle-income countries: A systematic review. *Vaccine*, 31(1): 96-108. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.10.103
- Palacpac, N.M.Q., Horii, T., (2020). Malaria vaccines: facing unknowns [version 1; peer review: 2 approved] *F1000Research*, 9(F1000 Faculty Rev):296. doi: 10.12688/f1000research.22143.1

- Sulaiman, S.K., Musa, M.S., Tsiga-Ahmed, F.I., Dayyab, F.M., Sulaiman, A.K., Abdulaziz Tijjani Bako, A.T., (2022). A systematic review and meta-analysis of the prevalence of caregiver acceptance of malaria vaccine for under-five children in low-income and middle-income countries (LMICs). *PLoS ONE*, 17(12): e0278224. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278224>
- Toure, H.A., Oussou, K., Agoh, F., (2023). P059-Acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19 par les usagers de deux structures de santé dans la commune de Yopougon en Côte d'Ivoire. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 71:101701. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2023.101701>
- Wistim, (2024). Les effets de l'âge sur la fertilité féminine et masculine. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.wistim.com/articles-conseils/article-age-et-fertilite-du-couple>
- World Health Organization, (2021). World malaria report 2021. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; 263 p. Consulté le 10 juillet 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2021>
- World Health Organization, (2022). World malaria report 2022. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; 293 p. Consulté le 10 juillet 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2022>
- Yeboah, D., Owusu-Marfo, J., Agyeman, Y.N., (2022). Predictors of malaria vaccine uptake among children 6–24 months in the Kassena Nankana Municipality in the Upper East Region of Ghana. *Malaria Journal* 21(1):339. doi: 10.1186/s12936-022-04378-1
- Zavala, F., (2022). RTS,S : the first malaria vaccine. *J Clin Invest*, 132(1):e156588. doi: 10.1172/JCI156588

© 2025 DOUBA et al, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 03 January 2024
Accepted, 19 April 2025
Published, 22 April 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite : Traore, B., Sangare, K., and Traore S.S.,(2025). Emergence des mototaxis et reconfiguration du transport urbain dans la ville de Bamako au Mali. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(1), 204-211. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.14>

Research

Emergence des mototaxis et reconfiguration du transport urbain dans la ville de Bamako au Mali

Emergence of motorcycle taxis and reconfiguration of urban transport in the city of Bamako in Mali

Binta TRAORE¹, Korotoumou SANGARE¹ et Souleymane Sidi TRAORE^{1,*}

¹Département de Géographie, Faculté d'Histoire et de Géographie, Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako

***Correspondance :** sstraore@yahoo.fr ; Tel : +223-77-36-54-56 ;

Résumé

Le dysfonctionnement des transports en commun et l'extension de Bamako ont favorisé la prolifération des mototaxis à Bamako. L'objectif de cet article était d'examiner l'effet des mototaxis sur la réorganisation du système de transport urbain à Bamako, capitale de la république du Mali. La démarche méthodologique a consisté à enquêter 95 conducteurs, 120 usagers et à géolocaliser les sites de stationnement des mototaxis à travers le District de Bamako. Les données issues des enquêtes ont été analysées à l'aide des méthodes de statistiques descriptives. Les outils SIG ont été utilisés pour la cartographie des sites de stationnement des mototaxis. Ainsi 63% des enquêtés affirment qu'ils empruntent les mototaxis pour leur déplacement contre 21% qui empruntent les SOTRAMA, 10% pour les taxis et 1% pour les autres transports en commun. Selon les résultats des enquêtes, en dehors de leurs activités, les chauffeurs des mototaxis ont d'autres métiers, ainsi 76% des enquêtés affirment exercer d'autres métiers contre 24% qui pratiquent le métier de chauffeurs de mototaxis. Ainsi, ces résultats montrent que les mototaxis sont devenues les moyens de transports les plus utilisés par les bamakois malgré qu'elles soient la cause de plusieurs problèmes de sécurité routière (les accidents, les embouteillages, le banditisme etc.).

Mots clés : Emergence, mototaxi, reconfiguration, transport urbain, Bamako

Abstract:

The dysfunction of public transport and the expansion of Bamako have favoured the proliferation of motorcycle taxis in Bamako. The objective of this article was to examine the effect of motorcycle taxis on the reorganization of the urban transport system in Bamako, capital of the Republic of Mali. The methodological approach consisted of surveying 95 drivers, 120 users and geolocating motorcycle taxi parking sites across the District of Bamako. The data from the surveys were analysed using descriptive statistics methods. GIS tools were used to map motorcycle taxi parking sites. Thus, 63% of respondents say that they use motorcycle taxis for their travel; compared to 21% who use SOTRAMA, 10% for taxis and 1% for other public transport. According to the survey results, outside of their activities, motorcycle taxi drivers have other jobs, thus 76% of respondents say they have other jobs compared to 24% who practice the job of motorcycle taxi drivers. Thus, these results show that motorcycle taxis have become the most used means of transport by Bamako residents despite being the cause of several road safety problems (Accidents, traffic congestion, and crime, etc.).

Keywords: Emergence, motorcycle taxi, reconfiguration, urban transport, Bamako.

1. Introduction

Au cours des trente dernières années, les villes d'Afrique subsaharienne ont connu une croissance démographique rapide et une extension spatiale sans précédent (Tabutin et Schoumaker, 2020). Avec un taux d'accroissement naturel de l'ordre de 2,7% par an, la région demeure l'une des zones de très forte croissance démographique (Kokou, 2024 ; Banque Mondiale 2022). Cette forte croissance a entraîné une urbanisation voire une périurbanisation très rapide de la plupart des villes. Ce phénomène a ainsi favorisé la prolifération des quartiers périphériques sous-intégrés. Ces villes et leurs zones périphériques restent de ce fait sous-équipées et enclavées à cause du manque d'infrastructures adéquates et la faiblesse des moyens de transport en commun. Malgré les offres de transport en communs existantes, le problème de mobilité dans ces zones reste pris dans un goulot d'étranglement. Comme une trainée de poudre, ces taxis à deux roues se sont intégrés dans le secteur de transport public et ont envahi l'espace de beaucoup de pays africains d'autant plus qu'ils y ont trouvé une forte clientèle qui leur a permis de s'implanter progressivement même si le succès est jusqu'ici mitigé (Kaffo et al, 2007). Ce mode de transport est connu sous le nom de « *Bend – skin* » au Cameroun, « *Zemidjan* » ou « *Zeds* » au Bénin, « *Oléyaa* » au Togo et « *Kabukabu* » au Niger etc (Loba et al, 2024).

A Bamako l'émergence de ce nouveau moyen de transport collectif est une réponse à un besoin accru de mobilité qui a été favorisé par plusieurs crises (chômage, crises socio-économiques, etc.). En effet la ville de Bamako a connu une croissance démographique spectaculaire ces dernières décennies. Sa population est passée de 658 275 habitants en 1987 à 1 016 167 habitants en 1998 puis à 1 810 366 habitants en 2009 (<https://www.citypopulation.de/en/mali/cities/>). Sa population est de 4 227 569 habitants en 2023 selon les résultats du recensement général de la population et de l'Habitat en 2023, (RGPH, 2023 ; Ibrahim et Traoré, 2022). Cette forte croissance s'est accompagnée d'une extension spatiale assez importante du bâti au-delà des limites administratives de la ville, colonisant ainsi les communes environnantes. Ceci a entraîné une augmentation des besoins de mobilité de la population. Pour assurer la mobilité urbaine et le transport des personnes, plusieurs projets de transport urbain ont essayé de répondre à la demande de mobilité mais force est de constater que la plupart d'entre eux ont échoué pour diverses raisons (manque de financement durable, concurrence du secteur informel, mauvaise gestion et gouvernance, insuffisance des infrastructures, instabilité économique, etc.) (Fofana et Togola, 2021). C'est dans ces conditions que les mototaxis ont émergés et sont devenues par la suite une partie intégrante de leur offre de transport public. Ainsi ce travail a se propose d'examiner l'effet des mototaxis sur la réorganisation du système de transport urbain à Bamako dans la ville de Bamako au Mali.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Présentation de la zone d'étude

L'étude a été conduite dans le territoire du district de Bamako situé entre les 12°29'57" à 12°42'17" de latitude nord et 7°54'22" à 8°4'6" de longitude ouest (*Figure 1*). La ville de Bamako s'est développée dans la vallée du plus grand fleuve de l'Afrique de l'Ouest, le fleuve Niger, et s'étend sur une superficie d'environ 24 000 ha. La ville compte de nos jours 4 227 569 habitants estimation de 2023 (RGPH, 2023) avec une densité moyenne de 76 hbts/ha. Le taux d'accroissement annuel est de 5,4 %, ce qui en fait l'une des villes d'Afrique dont la population croît le plus (Dembélé et al, 2017). Bamako connaît un climat tropical humide avec des températures élevées (moyenne annuelle oscillant entre 30°C et

26°C) et une pluviométrie annuelle qui varie de 700 mm à 1100 mm environ. Le climat est caractérisé par une saison sèche de novembre à mai et une saison des pluies de juin à octobre. La végétation est à l'image de la ville et des politiques d'aménagement de l'espace. C'est une végétation de type tropical. Le fleuve Niger divise la ville de Bamako entre la rive gauche et la rive droite. Le fleuve atteint sa crue pendant l'hivernage, entre les mois d'août et septembre, et son étiage pendant la saison sèche, ce qui explique l'irrégularité de son cours.

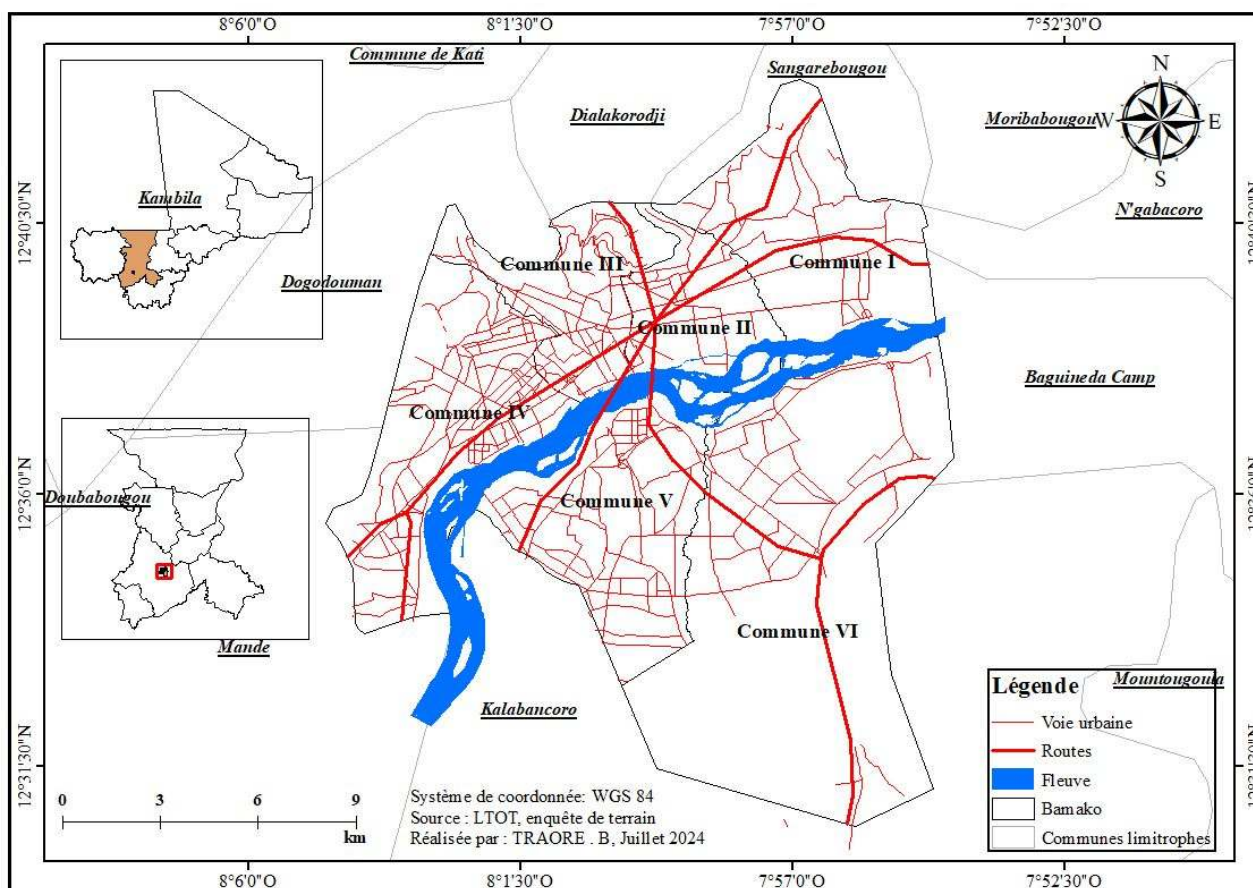


Figure 1 : Carte de localisation du District de Bamako

2.2. Collecte et analyse des données

Les données utilisées dans ce travail proviennent de deux enquêtes. La première a concerné un échantillon de 95 conducteurs et la seconde a concerné 120 usagers des mototaxis. Ces répondants ont été choisis au hasard en fonction de leur disponibilité et acceptation à répondre aux questions. Ces choix s'expliquent par l'absence de statistiques sur les conducteurs et les usagers des mototaxis à ce jour, ainsi que par les ressources limitées allouées à cette recherche. Deux questionnaires ont été de ce fait élaborés pour les enquêtes dont l'un pour les conducteurs et l'autre pour les usagers des mototaxis. Les enquêtes ont eu lieu du 10 au 25 avril 2023 à travers le District de Bamako. Ensuite les points de stationnement des mototaxis ont été géolocalisés à l'aide d'un récepteur GPS de type GARMIN 64s. Enfin, les textes réglementaires relatifs au transport urbain à Bamako ont été collectés auprès des services techniques. L'analyse des données est une opération qui consiste à extraire de l'informations utiles sur les données collectées. Pour ce faire, les données collectées ont saisis sous forme d'une base de données en format Excel. Les méthodes de statistiques descriptives ont ensuite été utilisées pour analyser les données des enquêtes. Elles ont consisté à calculer les effectifs, les pourcentages et les

moyennes en fonction des questions posées, ainsi qu'à réaliser des graphiques et des tableaux. Les textes réglementaires ont été interprétés, et les outils SIG ont été utilisés pour la confection des cartes thématiques.

3. Résultats et discussion

3.1. Les contraintes liées à l'utilisation des mototaxis

Le Tableau 1 présente les réponses données par les conducteurs de mototaxi interrogés lors des enquêtes concernant les problèmes majeurs auxquels ils sont confrontés dans l'exercice de cette activité. Il ressort que la principale contrainte est le problème de stationnement, selon 37 % des répondants. Le second problème majeur évoqué est le coût élevé des recettes et des pièces de rechange des mototaxis, selon 18 % des réponses. Le troisième grand problème est le coût élevé du carburant, qui impacte sérieusement les conducteurs, selon 13 % des réponses. Le problème de stationnement mentionné par les répondants entraîne des tensions et des conflits entre les chauffeurs de mototaxis et ceux des autres transports collectifs.

Tableau 1 : Difficultés liées à l'exercice du métier

Variables	Effectif	%
Problèmes de point stationnement	35	36,84
Coût élevé du carburant	12	12,63
Insécurité	6	6,32
Problèmes avec les agents de police	5	5,26
Manque de clients	9	9,47
Coût élevé de recette et du prix des pièces de moto	17	17,89
Manque de confiance entre usagers et conducteurs de mototaxi	9	9,47
Pas de réponse	2	2,11
Total	95	100

3.2. Des lieux de stationnement anarchiques à travers la ville

Selon, les conducteurs de mototaxis, au départ, ils stationnaient dans les places que les autres transports en commun. Suite à des conflits très violents, ils ont été contraints de stationner partout où l'accès est facile pour les usagers. Les enquêtes de terrain ont permis de recenser 233 points de stationnement anarchique à travers la ville de Bamako soit 115 sur la rive gauche et 109 sur la rive droite. La *Figure 2* montre la distribution spatiale des points de stationnement des mototaxis recensés à Bamako.

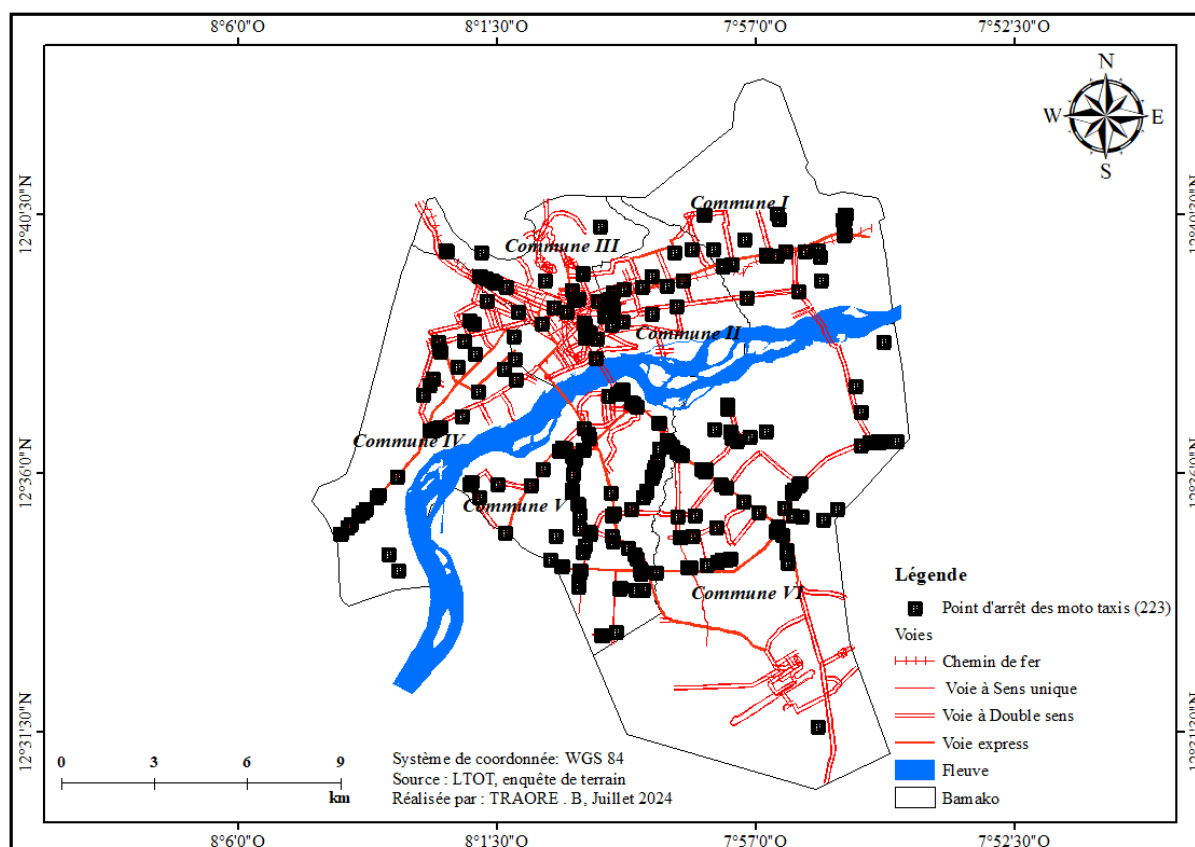


Figure 2 : Carte de localisation des points d'arrêts des mototaxis dans le District de Bamako.

3.3. Une organisation anarchique des mototaxis dans le district de Bamako

Les enquêtes ont révélé une mauvaise organisation des conducteurs de mototaxis à Bamako. Bien qu'ils disposent d'un syndicat, il est évident qu'il ne fonctionne comme les syndicats des autres transports collectifs. En effet n'importe qui peut être conducteurs de mototaxis s'il dispose les moyens d'acheter une moto (au comptant ou par crédit), soit d'être employé d'un propriétaire ou même par location avec des tiers. Pour mettre un peu d'ordre dans la circulation, la mairie du District de Bamako a pris l'arrêté N° 067/M-DB du 31 décembre 2020 portant réglementation de circulation des mototaxis dans la capitale, arrêtée qui est entrée en vigueur le 22 Avril 2021. Cette loi interdit le « *support à trois*¹ », oblige les conducteurs et les clients à porter chacun un casque et impose que les mototaxis disposer d'une carte grise, d'une plaque d'immatriculation et d'un numéro d'identification. Les mototaxis doivent également être de couleur jaune, arborant un gilet de même couleur. Le conducteur doit avoir 18 ans révolus, être muni d'une vignette en cours de validité, détenir un permis de conduire, et posséder une carte municipale d'autorisation de transports à jour délivrée par la mairie du District de Bamako. Il doit obligatoirement être couvert par une assurance en cours de validité. De plus, le conducteur des mototaxis doit payer une taxe municipale mensuelle de circulation de à la mairie du District de Bamako. Les mototaxis ne sont pas autorisées à exploiter les arrêts réservés aux transports collectifs. Les mototaxis doivent aussi emprunter les routes (pistes / bandes cyclables) réservées aux deux roues. Cette loi n'est toujours pas respectée à la lettre sur le terrain et, selon les conducteurs de mototaxis, elle constitue une contrainte pour l'exercice du métier.

¹ Terme utilisé pour indiquer le transport de trois personnes sur une moto, deux personnes plus le conducteur
RASP

3.4. *Mototaxi, un des moyens de transports les plus empruntés par les enquêtés*

Les moyens de transport en commun couramment utilisés dans le District de Bamako sont les SOTRAMA (minibus personnalisés pour le transport public en référence à la société malienne de transport), les « *Duruni* », les taxis, les « *Katakatani* » (tricycles) et les mototaxis. Même si les SOTRAMA demeurent le moyen de transport en commun le plus répandu dans la ville de Bamako, les résultats des enquêtes montrent que les mototaxis sont désormais le moyen de transport le plus, avec 63% des répondants. Les SOTRAMA constituent le deuxième moyen de transport utilisé par les personnes interrogées, avec 21% des réponses (Tableau 2). Ce mode de transport tend à devenir le moyen de transport le plus emprunté, à cause de sa rapidité et son coût abordable. Selon les résultats des enquêtes, les conducteurs de mototaxis n'appliquent pas de tarif fixe, leur bénéfice dépend du nombre de clients transportés. Les prix varient entre 500 F CFA et 1 000 F CFA selon la distance du trajet et peuvent aller jusqu'à 1 500 F CFA ou 2 000 F CFA voire plus. Et à titre de comparaison, le coût de transport d'une mototaxi est presque deux fois moins élevé que celui d'un taxi pour la même distance à Bamako. Selon les recherches de Fongang-Fouepe et al. (2021), l'émergence de cette activité de mototaxi s'explique par ses nombreux avantages : rapidité, coût abordable, capacité à circuler sur les routes en mauvais état et à desservir les zones enclavées, ainsi que son potentiel de création de revenus. Les mototaxis offrent également plusieurs avantages en termes de qualité de service. Dans une agglomération où le réseau routier est limité et fortement dégradé, les mototaxis permettent à des endroits inaccessibles aux autres véhicules de transport (Sahabana, 2006). La densité de la circulation, les embouteillages et le faible coût du transport ont largement contribué au succès des mototaxis à Bamako.

Tableau 2 : Fréquence d'utilisation des moyens de transport

Variable	Effectif	Pourcentage
SOTRAMA	25	21
<i>Duruni</i>	6	5
<i>Taxi</i>	12	10
<i>Katakatani</i>	1	1
Mototaxis	76	63
Total	120	100

3.5. *Des motifs multiples de l'utilisation des mototaxis par les usagers*

Le Tableau 3 présente les motifs d'utilisation des mototaxis par les personnes enquêtées. Il est à noter que la majorité de la population préfère les mototaxis aux autres moyens de transports en commun en raison de leur rapidité, qui représente 36,66 %, suivie du confort (30 %), du bénéfice (18,33 %), et enfin de la sûreté (15 %). En effet les mototaxis s'adaptent facilement à l'environnement et peuvent remplacer d'autres transports collectifs sur le terrain. Leur expansion est due à leur flexibilité, car ce mode de transport permet de pallier les lacunes ou les défaillances des autres moyens de déplacement pour un investissement minimal (Baffi, 2017). Parfois qualifié de « *degré zéro du transport collectif* » parce qu'ils ne peuvent d'embarquer qu'un ou deux passagers, les mototaxis évitent les arrêts fréquents et les détours pour prendre ou déposer d'autres clients, ce qui représente un gain de temps pour le passager (Sahabana, 2006).

Tableau 3: Motifs d'utilisation des mototaxis par les usagers

Variable	Effectif	Pourcentage
Rapidité	44	37
Confort	36	30
Sûreté	18	15
Bénéfrique	22	18
Total	120	100

4. Conclusion

La forte dynamique urbaine de la ville de Bamako, tant sur le plan spatial que démographique, a engendré d'importantes besoins en matière de mobilité. Les mototaxis sont aujourd'hui l'un des moyens de transports collectifs plus empruntés dans le District de Bamako malgré les conséquences néfastes (accidents, insécurité etc.). Ce moyen de transport domine désormais les autres formes de transports collectifs en raison de son accessibilité, de sa rapidité et surtout de son coût réduit. Il a considérablement facilité les déplacements des habitants à travers la ville. Les mototaxis jouent ainsi un rôle crucial dans la réorganisation du système de transport urbain de Bamako. Il est donc nécessaire d'adopter des politiques adaptées afin de garantir un équilibre entre l'efficacité de ce mode de transport et la gestion des risques qui y sont associés.

Conflit of Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Références

- Baffi, S. (2017). De la mobilité à l'accessibilité : l'évolution des transports comme ressources dans la ville sud-africaine. *EchoGéo*, (40), 21p. <https://doi.org/10.4000/echogeo.14931>
- Banque Mondiale <https://www.banquemondiale.org/fr/region/afr> consulté le 24 juillet 2024 à 21h40.
- Dembélé, S., (2017). Dynamique Socio-spatiale de la ville de Bamako et environs, Thèse de doctorat le à l'Université de Caen Normandie, p357.
- Fofana, I., & Togola, I. (2020). Urbanisation et nouveaux modes de transport urbain en Afrique de l'Ouest : cas de la ville de Bamako (Mali). *European Scientific Journal*, ESJ, 16(17), 206. <https://doi.org/10.19044/esj.2020.v16n17p206>.
- Fongang-Fouepe, G.H., Kaffo, C., Nzoffou J.L., et Melachio Nguedia, M. (2021). Pratique des activités non – agricoles (moto – taxi) par les jeunes ruraux et incidences dans le processus d'insertion socio – professionnelle en agriculture à Okola, Centre – Cameroun, pp85-92. [www.https://territoiresud.org](https://territoiresud.org).
- <https://www.citypopulation.de/en/mali/cities/> Consulté le 27 juillet 2024, 14h00.
- Ibrahim, A., & Traoré, S.S. (2022). Analyse des facteurs environnementaux d'émergence et de développement de maladies en commune VI du District de Bamako. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 4(1), 1-10.
- Kaffo, C., Kandem, P., Tatsabong, B., Diebo, L.M., (2007). L'intégration des" motos-taxis" dans le

transport public au Cameroun ou l'informel à la remorque de l'Etat : une solution d'avenir au problème de mobilité et de l'emploi urbain en Afrique subsaharienne. *Le Journal de l'Institut pour la ville en mouvement*, 17p.

- Kokou, K. A. (2024). Cartographie de l'offre de service de transport urbain de la société de transport de Lomé à partir du système d'information géographique dans le Grand-Lomé au Togo. *Espace Géographique et Société Marocaine*, 1(83), pp103-126.
- Loba, R. G., Dibi, V. D., & Kone, N. (2024). La contribution des mototaxis au bien-être des populations dans la commune de Bouaké. *Lettres, Sciences Sociales Et Humaines*, 34(double 1 et 2), 37-48.
- Sahabana, M., (2006). Les motos-taxis à Douala et leur perception par les pouvoirs publics : entre tolérance d'un secteur pourvoyeur d'emplois et de transport et volonté d'éradiquer une activité incontrôlable », communication aux Secondes rencontres internationales CIDEGEF/Ville management Evolutions institutionnelles et gouvernance dans le système de transports en Afrique Sub-Saharienne, Douala, 20-24 novembre, 15 p.
- Tabutin, D., & Schoumaker, B. (2020). La démographie de l'Afrique subsaharienne au XXI e siècle : Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050. *Population*, 75(2-3), 169-295.

© 2025 TRAORE et al, 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 22 December 2024
Accepted, 27 April 2025
Published, 27 April 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite : Ouedrago O., and Thiombiano G.B., (2025). Morbidité diarrhéique et pratique nutritionnelle chez les enfants de moins de six mois au Burkina Faso en 2021: Analyse de l'influence de l'allaitement maternel exclusif. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(1), 212-222. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.15>

Research

Morbidité diarrhéique et pratique nutritionnelle chez les enfants de moins de six mois au Burkina Faso en 2021: Analyse de l'influence de l'allaitement maternel exclusif.

Diarrheal morbidity and nutritional practices in children under six months in Burkina Faso in 2021: Analysis of the influence of exclusive breastfeeding.

Ousmane OUEDRAOGO ¹, Bilampoa GNOUMOU/THIOMBIANO ²

¹ Laboratoire Genre et Développement, Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso.

² Institut Supérieur des Sciences de la Population, Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso.

***Correspondance:** email: ousmanoued90@gmail.com ; Tel: +226 65.75.15.05

Résumé

La lutte contre la mortalité infanto-juvénile en Afrique subsaharienne demeure toujours une préoccupation. Sa présence au nombre des Objectifs de Développement Durable témoigne de ce constat. Selon les études la réduction de la mortalité infanto-juvénile peut se faire par la maîtrise des facteurs de morbidité chez l'enfant. En effet, les maladies diarrhéiques restent une cause importante de morbidité des enfants. Selon l'Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF), 15 % des enfants de moins de cinq (05) ans ont souffert de diarrhée en 2021. La présente étude vise à mieux cerner la relation entre la morbidité diarrhéique et la pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de six mois au Burkina Faso. L'étude a concerné 1239 couples « mères-enfants » de moins de six (06) mois et l'EDSBF de 2021 a servi de base de données. La méthode d'analyse a consisté à une analyse descriptive et celle explicative à travers la régression logistique multivariée mettant en évidence les facteurs associés à la morbidité diarrhéique des enfants de moins de six (06) mois. Les principaux résultats montrent que le non-respect d'un allaitement maternel exclusif (OR = 2,4), le niveau de vie pauvre de la mère (OR = 1,7), le niveau d'instruction primaire de la mère (OR = 2,3), le fait de résider dans la région du Centre-est (OR = 13,3) et du Nord (OR = 9,4) sont les facteurs explicatifs de la morbidité diarrhéique chez l'enfant de moins de six mois au Burkina Faso en 2021.

Mots-clés : Mortalité infanto-juvénile morbidité diarrhéique, allaitement maternel exclusif, EDSBF Burkina Faso.

Abstract

The fight against infant-juvenile mortality in sub-Saharan Africa remains a concern. Its presence in several Durable Development Objectives witnesses it. According to the studies, the reduction of infant-juvenile mortality can be done by mastering the factors contributing to mortality in children. It has been shown that diarrheal diseases are an essential cause of children's morbidity. According to the Demographic and Health Survey of Burkina Faso (DHSBF), 15% of children under five years old suffered diarrhoea in 2021. This study aims to understand better the relationship between diarrheic morbidity and exclusive maternal breastfeeding for children under six months in Burkina Faso. The study has concerned 1239 under six months « mothers and children » couples, and the DHSBF of 2021 has served as the database. The analysis method consisted of a descriptive analysis and explanatory analysis through multivariate logistic regression, putting in evidence factors associated with diarrheic morbidity of children under six months. The main results show that the non-respect of exclusive maternal breastfeeding (OR=2.4) poor life level of the mother, (OR=1.7) primary instructions level, (OR=2.3) living in the Center-East, (OR=13.3) and the North (OR=9.4) are the explanative factors of diarrheic morbidity of under six months children in Burkina Faso in 2021.

Key words: infanto-juvenile mortality, diarrheic morbidity, exclusive maternal breastfeeding, DHS, Burkina Faso.

1. Introduction

La communauté scientifique et les décideurs de par le monde s'accordent à reconnaître que des progrès ont été effectués dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans durant ces 30 dernières années dans les pays en développement. Malgré cette diminution les statistiques présentent une situation préoccupante en Afrique subsaharienne. Les pays en développement et particulièrement les pays d'Afrique subsaharienne sont les plus touchés par la mortalité infanto-juvénile (Pison, 2010). En effet, entre 2015 et 2020 le taux de mortalité avant cinq (05) ans pour les pays d'Afrique subsaharienne était de 78 décès pour 1000 naissances vivantes. La subdivision par région donnait 96 décès pour 1000 naissances vivantes en Afrique centrale ; 91 en Afrique de l'Ouest ; 60 Afrique de l'Est et 39 en Afrique australe (United Nations, 2022).

Au Burkina Faso selon l'Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF) de 2021, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq (05) ans, est de 48 ‰. Partant, des stratégies doivent être mises en place pour accélérer la baisse de la mortalité, car le Burkina Faso ainsi que d'autres pays se sont engagés pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD). Ainsi, le pays vise l'ODD 3.2 (consistant à atteindre 25 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2030) (Focus 2030, 2020).

Pour réaliser cet objectif, il est nécessaire de mettre en évidence les situations « favorables » et « évitables » de la mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans au Burkina Faso. La morbidité diarrhéique apparaît comme un élément important dans l'explication de la mortalité infanto-juvénile dans les pays en développement. Une réduction très importante de la mortalité due à la diarrhée peut éliminer considérablement les décès d'enfants de moins de cinq (05) ans d'ici 2030 (Black et al., 2019). La diarrhée infantile est la cause la plus fréquente de morbidité et de mortalité dans les pays en développement. Il reste encore beaucoup à faire pour réduire la mortalité spécifique à la diarrhée (Das & Bhutta, 2016).

La morbidité diarrhéique chez les enfants de moins de cinq (05) ans est généralement associée aux questions d'eau, d'assainissement, d'hygiène (Tareke et al., 2022) ; d'apport nutritionnel et des pratiques sûres d'allaitement (Behera & Mishra, 2022). La relation entre la mortalité/morbidité et la nutrition, a été démontré à travers plusieurs études de référence (McKeown, 1976 ; Mosley & Chen, 1984) Plus récemment Pelletier et al. (1995); McDonald et al. (2013) ont montré le lien entre

malnutrition et mortalité infantile fondé sur de vastes études de cohorte et sur des données d'essais randomisés dans les pays en développement. Selon les travaux de Sanou et al. (1999), la malnutrition est un facteur associé à la diarrhée chez les enfants à Ouagadougou au Burkina Faso. Ainsi, l'aspect nutritionnel occupe une place importante. Selon Black et al. (2019), l'élimination des décès d'enfants liés à la diarrhée d'ici 2030, passe par l'amélioration des pratiques d'allaitement.

Une meilleure compréhension de l'influence de la nutrition sur la morbidité diarrhéique chez les enfants de moins de cinq (05) ans doit tenir compte des différentes tranches d'âge. Pour les enfants de moins de six (06) mois, la recommandation est l'allaitement maternel exclusif (nourrir l'enfant uniquement au sein sans aucune autre nourriture même l'eau), selon la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (SMANJA (Organisation mondiale de la Santé & Unicef, 2003). Cette pratique protège l'enfant contre les problèmes digestifs. Partant, dans le contexte du Burkina Faso peu ou pas d'études ont permis de faire le lien entre l'allaitement maternel exclusif et la morbidité diarrhéique chez les enfants de moins de six (06) mois.

Au Burkina Faso toujours selon l'EDSBF de 2021 les maladies diarrhéiques restent une cause importante de mortalité et de morbidité des enfants, ainsi 15 % des enfants de moins de cinq ans ont souffert de diarrhée en 2021. La prévalence est de 12% chez les enfants de moins de six mois. Dans cette étude il s'agit de répondre à la question suivante : au-delà d'être une recommandation de santé publique, l'allaitement maternel exclusif a-t-elle réellement un impact positif sur la santé de l'enfant, notamment sur la morbidité diarrhéique chez les enfants de moins de six (06) mois au Burkina Faso ? L'objectif général de cette étude est de mieux cerner l'influence de la pratique de l'allaitement maternel exclusif sur la morbidité diarrhéique chez les enfants de moins de six (06) mois au Burkina Faso en 2021. Plus spécifiquement, il s'agit de :

- Déterminer le profil des enfants de moins de six (06) mois en situation de morbidité diarrhéique au Burkina Faso en 2021.
- Déterminer l'influence de l'allaitement maternel exclusif sur la morbidité diarrhéique chez les enfants de moins de six (06) mois au Burkina Faso en 2021.
- Connaitre les facteurs sociodémographiques et économiques de la mère associés à la morbidité diarrhéique chez les enfants de moins de six (06) mois au Burkina Faso en 2021.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Données et variables

Les données utilisées proviennent de l'Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF) de 2021, qui est la dernière en date des EDSBF réalisées au Burkina Faso. Elle s'est déroulée du 30 juillet au 30 novembre 2021. L'EDSBF V de 2021 donne ainsi des estimations fiables et actualisées sur les indicateurs démographiques et sanitaires de base du pays. Dans le cadre de cette enquête, un échantillon national représentatif d'environ 15 600 ménages ont été sélectionnés avec une procédure de tirage aléatoire et à deux (02) degrés. L'unité primaire de sondage, appelée aussi grappe est la Zone de Dénombrement (ZD). C'est ainsi que 600 grappes dont 195 situées dans le milieu urbain et 405 dans le milieu rural ont été tirées à partir des grappes établies au cours du Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2019 du Burkina Faso. Dans les 600 grappes, les ménages ont été sélectionnés et les informations sociodémographiques économiques, nutritionnelles et sanitaires ont été collectées sur toutes les femmes de 15-49 ans ainsi que tous les enfants de moins de cinq (05) ans.

Dans le cadre de cette étude, deux (02) types de variables sont utilisées à savoir la variable dépendante et les variables indépendantes. La variable dépendante, celle qu'on cherche à expliquer est la morbidité diarrhéique chez l'enfant de moins de six (06) mois. Elle a été identifiée à travers la question suivante : « Au cours des deux (02) dernières semaines, l'enfant a-t-il eu la diarrhée ? ». Elle prend « 1 », lorsque l'enfant de moins de six (06) mois a eu une diarrhée au cours des deux (02) dernières semaines et « 0 »

» sinon. Pour ce qui concerne les variables indépendantes. La revue de la littérature permet de distinguer principalement onze (11) variables dans cette étude.

La pratique de l'allaitement maternel exclusif (sauf pour quelques motifs médicaux comme l'introduction de vitamine et médicament) : Cette variable capte l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de six (06) mois au Burkina Faso en 2021. La variable est définie en deux (02) modalités qui sont « exclusivement allaité » et « non- exclusivement allaité ».

La région de résidence de la mère : Elle correspond à la région administrative de résidence du couple « mère-enfant ». Depuis 2003, le Burkina Faso compte treize (13) régions administratives. Cette variable contient ainsi 13 modalités qui sont « boucle du Mouhoun », « cascades », « centre », « centre-est », « centre-nord », « centre-ouest », « centre-sud », « est », « haut-bassin », « nord », « plateau central », « sahel », « sud-ouest ».

Le niveau de vie de la mère : Selon la littérature le niveau de vie impact sur la morbidité diarrhéique chez les enfants de moins de cinq (05) ans dans les pays en développement. Cette variable est définie en cinq (05) modalités qui sont « très pauvre », « pauvre », « moyen », « riche » et « très riche ».

Le niveau d'instruction de la mère : L'instruction de la mère est définie en trois (03) modalités qui sont « sans instruction », « primaire » et « secondaire ou plus ». La dernière modalité est un cumul des mères de niveau d'instruction secondaire ou d'instruction supérieure, cela se justifie par le fait que les effectifs sont très faibles chez les mères d'instruction supérieure.

L'occupation de la mère : Elle est définie en deux (02) modalités : « non active » et « active ». Les mères actives sont celles qui mènent une activité quelconque reconnue au moment de l'enquête alors que les mères non actives n'en mènent aucune.

- La génération de la mère : La variable génération est définie en trois (03) modalités selon l'âge de la mère : l'ancienne génération de mère « celles âgées de 35 à 49 ans », la jeune génération de mère « celles âgées de 20 à 34 ans » et la très jeune génération de mère « celles âgées de moins de 20 ans », au moment de l'enquête en 2021 au Burkina Faso.
- L'ethnie de la mère : Cette variable a été construite tenant compte le plus possible des traits communs entre les différentes ethnies du Burkina Faso (une soixantaine d'ethnies). Ainsi, dans le cadre de cette étude, l'ethnie est regroupée en six (06) modalités à savoir : « Mossi », « Peul », « Bissa », « Gourmantché », « Gourounsi », et « autres ethnies ».
- La religion de la mère : La variable religion est définie en trois (03) modalités « musulmane », « chrétienne » et « traditionnelle ».
- Le rang de naissance de l'enfant : Cette variable permet d'indiquer le rang de naissance de l'enfant de moins de six (06) mois par rapport aux autres enfants de la fratrie. Elle est définie en quatre (04) modalités : « rang 1 », « rang 2 », « rang 3 », « rang 4 ou plus ».
- Le sexe de l'enfant : Cette variable répartit les enfants de moins de six (06) selon le sexe, elle contient naturellement deux (02) modalités « masculin » et « féminin ».
- La source d'eau du ménage: La variable source d'eau du ménage permet de catégoriser la provenance de l'eau qui est consommée dans les ménages. La littérature montre que la source d'eau est importante lorsqu'il s'agit de lutter contre la morbidité diarrhéique dans les pays en développement. Dans cette étude, la source d'eau est définie en deux (02) modalités : « protégé » et « non-protégé ». La source d'eau non protégée concerne généralement les puits.

2.2. Méthode d'analyse

L'analyse est structurée en deux (02) parties: une descriptive et une autre explicative. L'analyse descriptive consiste à présenter le profil des enfants de moins de six (06) mois en situation de morbidité diarrhéique au Burkina Faso en 2021.

Pour l'analyse explicative toujours avec EDSBF V de 2021, elle se fait à travers une régression logistique multivariée. La régression logistique est une technique permettant d'ajuster une surface de régression à des données lorsque la variable dépendante est dichotomique (Desjardins, 2005). Il s'agit

de connaître les facteurs associés à un phénomène en élaborant un modèle de prédiction. Ce modèle conduit à l'élaboration d'instruments de prédiction de l'évènement. Sur la base d'un ensemble de facteurs, il devient alors possible de mesurer la probabilité que l'évènement se produise (Desjardins, 2005). Cette méthode permet ainsi d'analyser l'influence des variables explicatives (l'allaitement maternel exclusif, le niveau de vie, l'instruction, la religion, l'ethnie, la génération, le sexe et rang de l'enfant, la source d'eau) sur la morbidité diarrhéique des enfants de moins de six (06) mois au Burkina Faso en 2021. Les fondements théoriques de la régression logistique se traduisent par la probabilité de la survenue de l'évènement étudié (y) à travers la formule suivante :

$$\text{logit } p = \ln [P(Y=1) / [1-P(Y=1)]] = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k$$

Où Y est la probabilité pour une enfant d'avoir la diarrhée, β_j les coefficients estimés pour chacune des variables X_j . L'interprétation des résultats de la régression logistique se base principalement sur les rapports de côtés ou « Odds Ratio » (OR) en anglais. Le Odds Ratio est l'exponentielle du coefficient de chaque variable issue de l'équation de régression, il s'interprète par rapport à une modalité de référence pour laquelle OR=1. Partant, dans cette étude, un OR inférieur à 1 signifie que par rapport aux individus de la modalité de référence de la variable concernée, ceux de la modalité en question ont « OR » fois ou (1-OR) % moins de chance d'être en situation de morbidité diarrhéique. Par contre, un OR supérieur à 1 indique que ces derniers ont « OR » fois plus de chance d'être en situation de morbidité diarrhéique que ceux de la modalité de référence. Par ailleurs, lorsque l'OR = 1 la chance d'être en situation de morbidité diarrhéique est identique entre les deux (02) groupes d'individus.

3. Résultats

3.1 Profil des enfants de moins de six (06) mois en situation de morbidité diarrhéique

Au Burkina Faso en 2021, on note que 154 enfants de moins de six (06) mois étaient en situation de morbidité diarrhéique. Le graphique 1 présente les caractéristiques sociodémographiques et économiques (profil) du couple « mère-enfant » de moins de six (06) mois en situation de morbidité diarrhéique au moment de l'enquête. Selon se profil la grande majorité de ces enfants (63,1 %) n'ont pas été allaité exclusivement. Ces enfants sont majoritairement de sexe féminin (50,8 %), appartiennent au rang 4 ou plus (43,3 %), et se localisent plus dans la région du Centre-est et du Centre avec respectivement (20,2%) et (18,2 %).

Aussi, on observe que 63,3 % des mères d'enfants de moins de six (06) mois ayant connu la diarrhée sont de la génération jeune (20-34 ans) et une grande partie d'entre elles sont issues de ménages pauvres (27,4 %) ou riches (23,3 %). Une grande majorité de ces mères (63,3 %) n'ont aucun niveau d'instruction, et (53,3%) effectue une activité quelconque. Le profil montre toujours que plus de la moitié de ces mères (55,5 %) sont de religion musulmane et appartiennent au groupe ethnique mossi (54,1 %). Le profil montre que la très grande majorité des mères (80,3%) utilise de l'eau venant d'une source protégée (puits, forages, robinets, etc.).

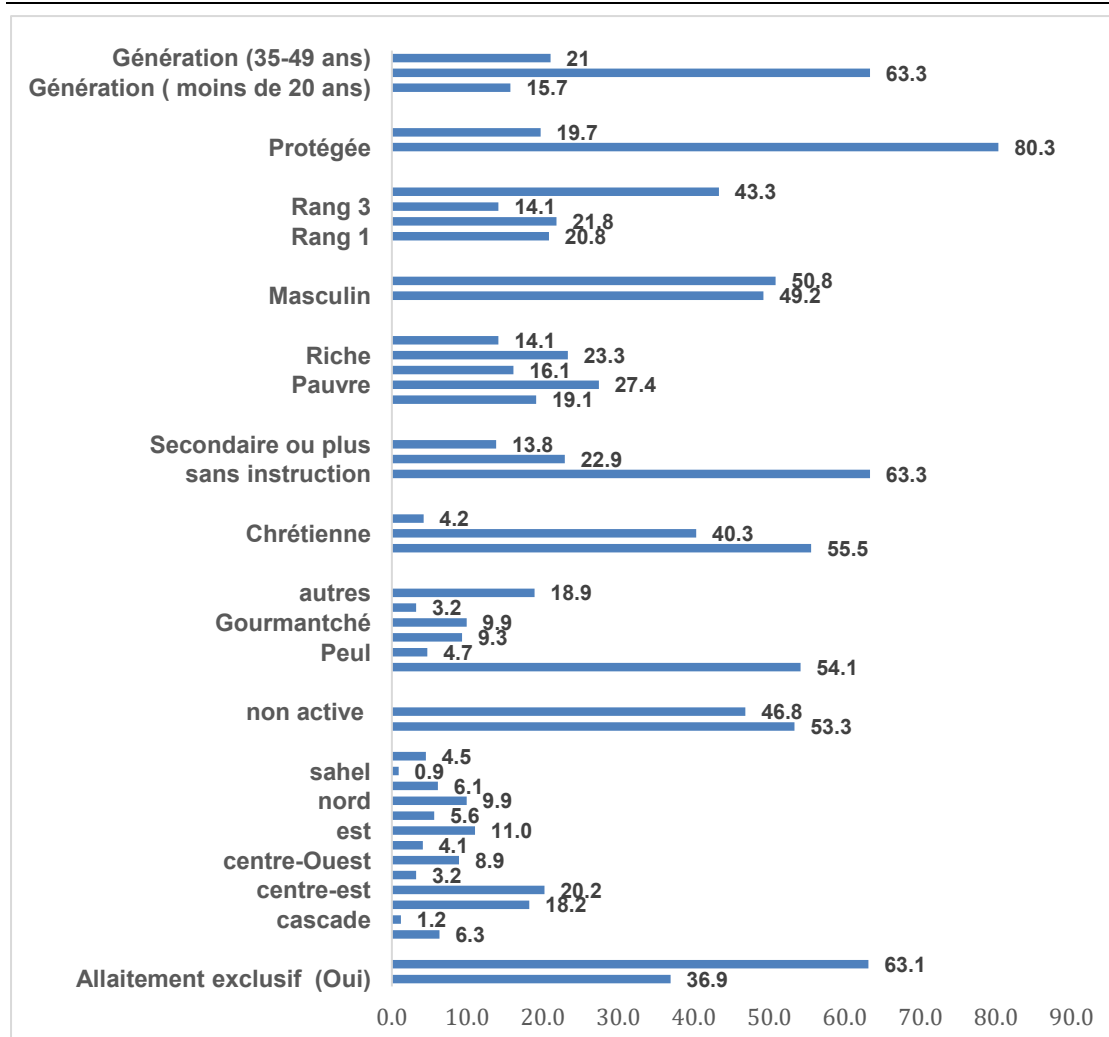


Figure 1. Profil du couple « mère-enfant » de moins de six (06) mois en situation de morbidité diarrhéique au Burkina Faso en 2021

Source : auteurs avec les données de l'EDSBF2021

3.2 Facteurs associés à la morbidité diarrhéique chez les enfants

Le tableau 1 présente les résultats de deux (02) modèles de régression logistique concernant l'effet des variables indépendantes sur le risque de morbidité diarrhéique chez les enfants de moins de six (06) mois. Le premier modèle (effet brut) évalue l'effet de chaque variable indépendante sur le risque de morbidité diarrhéique, tandis que le second modèle (effet net) prend en compte l'effet simultané de toutes les variables indépendantes sur ce risque. Ce sont les résultats de modèle final (effet net) qui sont interprétés dans l'analyse.

Les chiffres représentés dans le tableau 1 sont les risques relatifs ou (odds ratio en anglais) présentant la survenue de la morbidité diarrhéique pour chaque groupe par rapport à la catégorie de référence (celle entre parenthèses). Si le risque relatif est égal à 1, cela signifie une absence de différence de risque entre le groupe de référence et le groupe considéré, s'il est supérieur à 1 le risque est plus élevé pour le groupe considéré, c'est le contraire lorsque le risque relatif est inférieur à 1.

Les résultats du modèle final (effet net) montrent que les facteurs associés à la morbidité diarrhéique chez les enfants de moins de six (06) mois au Burkina Faso sont : l'allaitement maternel exclusif, la région de résidence, le niveau d'instruction, le niveau de vie, la religion et l'ethnie de la mère toute chose égale par ailleurs. Les effets des variables significatifs dans le premier modèle (effets bruts), demeure toujours malgré le contrôle dans autres variables indépendantes (effet net).

3.2 .1 L'allaitement maternel exclusif

La pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de six (06) mois est associée à la morbidité diarrhéique dans ce même groupe d'âge au Burkina Faso en 2021. Les enfants de moins de six (06) mois qui n'ont pas été allaités exclusivement au sein ont 2,4 fois plus de chance de connaître une situation de morbidité diarrhéique que ceux qui ont été allaités exclusivement au sein de 1‰ (tableau 1). L'allaitement maternel exclusif demeure une bonne pratique et possède des effets bénéfiques sur la santé de l'enfant de moins de six (06) mois.

3.2.2 La région de résidence

La région administrative de résidence du couple « mère-enfant » de moins de six (06) mois est associée à la morbidité diarrhéique. Les enfants de moins de six (06) mois qui résident dans le Centre-est ont 13,3 fois plus de chance de connaître une situation de morbidité diarrhéique que ceux qui résident dans le Sahel au seuil de 5 % (tableau 1). Cela montre l'importance de la région de résidence sur la survenue de la diarrhée.

3.2.3 Le niveau d'instruction et de vie de la mère

Le niveau d'instruction de la mère est associé à la morbidité diarrhéique chez les enfants au Burkina Faso en 2021. Les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction primaire ont 2,3 fois plus de chance d'être en situation de morbidité diarrhéique que celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus au seuil de 1 % (tableau 1). Selon nos résultats se limiter au primaire peut être un désavantage lorsqu'il s'agit de nutrition de l'enfant. L'amélioration du niveau de connaissance des mères profite au bien-être de l'enfant.

Le niveau de vie du couple « mère-enfant » de moins de six (06) mois est associé à la morbidité diarrhéique. Les enfants dont les mères ont un niveau de vie pauvre ont 1,7 fois plus de chance d'être en situation de morbidité diarrhéique que celles ayant un niveau de vie moyen au seuil de 5 % (tableau 1). Ce résultat montre que le fait d'appartenir à un niveau de vie élevé réduit fortement le risque de morbidité diarrhéique des enfants de moins de cinq (05) ans.

3.2.4 La religion et l'ethnie de la mère

Nos résultats montrent une association entre la religion et l'ethnie du couple « mère-enfant » de moins de six (06) mois. Les enfants de mères chrétiennes ont 1,9 fois plus de chance d'être en situation de morbidité diarrhéique que celles de confession religieuse musulmane au seuil de 1 % (tableau 1). Aussi, les enfants de mères Gourmantchés ont 3,7 fois plus de chance d'être en situation de morbidité diarrhéique que celles du groupe ethnique Gourounsi au seuil de 5 % (tableau 1). Ce résultat illustre l'importance des aspects socioculturels sur la mortalité/morbidité des enfants de moins de cinq ans. Au Gabon, Ntoutoume (2008), montre que l'appartenance au groupe ethnique Fang, Kota-Kélé, Mbédé-Téké, Ndzébi-Duma et autres ethnies/étranger réduit la survenance de la diarrhée par rapport au groupe ethnique Tsogo-ShiraPunu. Selon cette étude les groupes ethniques ouverts à l'occidentalisation seront moins exposés à la morbidité diarrhéique que ceux des mères des autres ethnies. La religion aussi est un facteur de conditionnement social qui peut influencer sur la morbidité et la mortalité. D'une manière générale, au sein d'une même population, l'appartenance à des groupes religieux différents peut entraîner des différences de morbidité et de mortalité chez les enfants (Akoto, 1990).

Tableau 1. Facteurs associés à la morbidité diarrhéique chez les enfants de moins de six (06) mois au Burkina Faso en 2021.

Variables	Modèle 1, Effet brut, Odd ratio	Modèle 2, Effet net, Odd ratio
Allaitement maternel exclusif (Oui)		

Non	2,0***	2,4***
Région de résidence (Sahel)		
Boucle du Mouhoun	3,0	2,9
Cascades	1,8	1,7
Centre	5,0	4,7
Centre-est	11,0*	13,3*
Centre-nord	1,9	2,1
Centre-ouest	4,0	3,5
Centre-sud	5,3	4,4
Est	6,5	4,2
Hauts bassins	2,8	2,7
Nord	8,8*	9,4*
Plateau central	4,6	4,6
Sud-Ouest	6,1	3,2
Niveau de vie de la mère (moyen)		
Très pauvre	0,9	1,0
Pauvre	1,7*	1,7*
Riche	1,4	1,3
Très riche	0,9	1,0
Niveau d'instruction de la mère (Secondaire ou plus)		
Sans instruction	1,4	1,5
Primaire	2,1**	2,3**
Religion de la mère (Musulmane)		
Chrétienne	1,6*	1,9**
Traditionnelle	1,2	1,8
Occupation de la mère (Active)		
Non active	0,8	1,0
Ethnie de la mère (Gourounsi)		
Mossi	1,7	2,0
Peul	0,8	2,3
Bissa	3,1*	2,0
Gourmantché	2,8	3,7*
Autres	1,6	2,4
Génération de la mère (Moins de 20 ans)		
20- 34 ans	0,6	0,6
35-49 ans	0,7	0,6
Sexe de l'enfant (masculin)		
Féminin	1,0	1,1
Rang de naissance de l'enfant (rang1)		
Rang 2	1,1	1,3
Rang 3	0,7	0,8
Rang 4 ou plus	1,0	1,3
Source d'eau du ménage (protégée)		
Non-protégé	0,9	1,2
Effectif de la population	1239	1239

Source : auteurs avec les données de l'EDSBF2021.

Seuil de significativité : *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Modalités de référence entre parenthèses.

4. Discussion

4.1 *Allaitement maternel exclusif*

Les résultats de notre étude viennent confirmer des travaux antérieurs. Il ressort ainsi que l'allaitement maternel exclusif est associé à un risque plus faible de diarrhée chez les enfants (Ogbo et al., 2017; Tareke et al., 2022). Les enfants exclusivement allaités en Éthiopie ont moins de chance de faire la diarrhée par rapport à ceux qui ne sont pas allaités exclusivement (Shumetie et al., 2018 ; Asfaha et al., 2018). Selon Ogbo et al. (2019), le non-respect d'un allaitement maternel exclusif reste un facteur influençant la mortalité due à la diarrhée. Des résultats similaires au Bangladesh indiquent également que le non-respect de l'allaitement maternel exclusif augmentait les risques de diarrhée (Khan & Islam, 2017). Au Pérou, selon Huicho et al. (2019) que la mortalité dû à la diarrhée pourrait être réduite de trois quarts d'ici 2030 grâce à de meilleures pratiques d'allaitement maternel. Au Mali, la pratique de l'allaitement maternel mixte est un facteur favorable à la survenue de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq (05) ans (Diawara et al., 2018).

4.2 *Caractéristiques sociodémographiques*

s'agissant des caractéristiques sociodémographiques de la mère les travaux montrent que les enfants de mères sans instruction sont plus à risque d'avoir la diarrhée comparative aux enfants de mères instruits (Demissie et al., 2021). Une étude faite sur douze (12) pays Afrique l'Est montre que les enfants dont les mères sont sans instruction ou faiblement instruites sont plus susceptibles de connaître des maladies diarrhéiques par rapport aux mères de niveau d'instruction élevée (Tareke et al., 2022). En Inde les enfants de mère musulmanes ont une probabilité plus élevée de souffrir de diarrhée par rapport aux enfants de mère hindou (Paul, 2020). Toujours en Inde, les enfants appartenant à une tribu répertoriée sont associées à une probabilité plus élevée de diarrhée par rapport aux castes (Paul, 2020). Selon une étude faite dans 34 pays d'Afrique subsaharienne les enfants de mères âgées de 15 à 24 ans et de 25 à 34 ans sont plus à risques d'avoir la diarrhée que les enfants de mères âgées de 35 ans et plus (Demissie et al., 2021).

4.3 *Lieu de résidence*

Au Mozambique le milieu de résidence est un facteur influençant la morbidité diarrhéique, car l'utilisation de médicaments traditionnels dans les zones rurales et du biberon dans les zones urbaines explique la survenue de la morbidité diarrhéique (Machava et al., 2022). En Inde, les enfants vivant dans des zones rurales ont une probabilité plus élevés de diarrhée par rapport à ceux vivant en ville. Tenant compte toujours du lieu de résidence, les enfants indiens résidant dans le Centre et l'Ouest sont associés à une probabilité plus élevée de diarrhée par rapport aux enfants vivants au Nord du pays (Paul, 2020). Ces études confirment ainsi nos résultats montrant l'influence de la région sur la morbidité diarrhéique au Burkina Faso en 2021.

5. Conclusion

Cette étude a permis d'expliquer la souvenue de la diarrhée chez les enfants de moins de six (06) mois au Burkina Faso en 2021 en utilisant les données EDSBF V. Nous avons utilisé des prédictors tels la pratique de l'allaitement maternel exclusif, le lieu de résidence, les caractéristiques de l'enfant, les caractéristiques sociodémographiques et économiques de la mère, et la source d'eau utilisée par le ménage. Il ressort de l'analyse que l'allaitement maternel exclusif (non pratiqué), le niveau de vie de la mère (pauvre) l'instruction de la mère (primaire), la région de résidence (Centre-est), le groupe ethnique de la mère (Gourmantché), la religion de la mère (chrétienne) sont les facteurs explicatifs de la morbidité diarrhéique chez les enfants de moins de six (06) mois.

La présente étude comme tout travail présente des limites. Les principaux indicateurs de l'EDSBF V de 2021 comme la morbidité diarrhéique (notre variable dépendante) sont basés sur le rappel des mères au cours de l'enquête. Malgré cette limite les indicateurs en matière de nutrition et de santé de l'enfant produits par les EDSBF demeurent fiables et acceptés par la communauté scientifique. En somme, cette étude nous a permis d'atteindre notre objectif à savoir : mieux cerner les facteurs associés à la morbidité diarrhéique chez les enfants de moins de six mois au Burkina Faso en 2021.

Conflit of Intérêts

Les auteurs déclarent qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

Références bibliographiques

- Adedemy, D., Bagnan-Tossa, L., Noudamadjo, A., Agossou, J., & Hounhakou, P. (2014). fréquence et facteurs associés à la pratique de l'allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois à l'hôpital de la mère et de l'enfant lagune (homel) de cotonou. *Journal de la Société de Biologie Clinique*, 021, 38-44.
- Behera, D. K., & Mishra, S. (2022). The burden of diarrhea, etiologies, and risk factors in India from 1990 to 2019 : Evidence from the global burden of disease study. *BMC Public Health*, 22(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12515-3>.
- Black, R., Fontaine, O., Lamberti, L., Bhan, M., Huicho, L., El Arifeen, S., Masanja, H., Walker, C. F., Mengestu, T. K., Pearson, L., Young, M., Orobato, N., Chu, Y., Jackson, B., Bateman, M., Walker, N., & Merson, M. (2019). Drivers of the reduction in childhood diarrhea mortality 1980-2015 and interventions to eliminate preventable diarrhea deaths by 2030. *Journal of Global Health*, 9(2), 020801. <https://doi.org/10.7189/jogh.09.020801>.
- Das, J. K., & Bhutta, Z. A. (2016). Global challenges in acute diarrhea. *Current Opinion in Gastroenterology*, 32(1), 18-23. <https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000236>.
- Demissie, G. D., Yeshaw, Y., Alemine, W., & Akalu, Y. (2021). Diarrhea and associated factors among under five children in sub-Saharan Africa : Evidence from demographic and health surveys of 34 sub-Saharan countries. *PloS One*, 16(9), e0257522. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257522>.
- Desjardins, J. (2005). L'analyse de régression logistique. *Tutorial in quantitative methods for psychology*, 1(1), 35-41.
- Diawara, F., Coulibaly, D., Diarra, S., & Simaga, T. (2018). Facteurs favorisant les maladies diarrhéiques chez les enfants de 0 à 5 ans en commune II du district de Bamako au Mali. *Mali Santé Publique*, 25-30.
- Focus 2030. (2020). Objectif de Développement Durable n°3 : Bonne santé et bien-être. Focus 2030. https://focus2030.org/Objectif_de_developpement_no3_Bonne_sante_et_bien_etre.
- Khan, Md. N., & Islam, M. M. (2017). Effect of exclusive breastfeeding on selected adverse health and nutritional outcomes : A nationally representative study. *BMC Public Health*, 17(1), 889. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4913-4>.
- Machava, N. E., Mulaudzi, F. M., & Salvador, E. M. (2022). Household Factors of Foodborne Diarrhea in Children under Five in Two Districts of Maputo, Mozambique. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15600. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315600>.
- McDonald, C. M., Olofin, I., Flaxman, S., Fawzi, W. W., Spiegelman, D., Caulfield, L. E., Black, R. E., Ezzati, M., Danaei, G., & Nutrition Impact Model Study. (2013). The effect of multiple anthropometric deficits on child mortality : Meta-analysis of individual data in 10 prospective studies from developing countries. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97(4), 896-901. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.047639>.
- McKeown, T. (1976). The modern rise of population.

- Mosley, W. H., & Chen, L. C. (1984). An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries. *Population and Development Review*, 10, 25-45. <https://doi.org/10.2307/2807954>.
- Ogbo, F. A., Agho, K., Ogeleka, P., Woolfenden, S., Page, A., Eastwood, J., & Group, G. C. H. R. I. (2017). Infant feeding practices and diarrhoea in sub-Saharan African countries with high diarrhoea mortality. *PLOS ONE*, 12(2), e0171792. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171792>.
- Ogbo, F. A., Okoro, A., Olusanya, B. O., Olusanya, J., Ifegwu, I. K., Awosemo, A. O., Ogeleka, P., & Page, A. (2019). Diarrhoea deaths and disability-adjusted life years attributable to suboptimal breastfeeding practices in Nigeria : Findings from the global burden of disease study 2016. *International Breastfeeding Journal*, 14(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0198-9>.
- Organisation mondiale de la Santé, O., & Unicef. (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Genève: OMS.
- Paul, P. (2020). Socio-demographic and environmental factors associated with diarrhoeal disease among children under five in India. *BMC Public Health*, 20(1), 1886. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09981-y>.
- Pelletier, D. L., Frongillo Jr, E. A., Schroeder, D. G., & Habicht, J.-P. (1995). The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 73(4), 443.
- Pison, G. (2010). Le recul de la mortalité des enfants dans le monde : De grandes inégalités entre pays: *Population & Sociétés*, N° 463(1), 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.463.0001>.
- Sanou, I., Kam, K. L., Tougouma, A., Sangare, L., Nikiema, J. H. P., Koueta, F., Dao, L., Sawadogo, S. A., & Soudre, R. B. (1999). Diarrhées aiguës de l'enfant : Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs en milieu hospitalier pédiatrique à ouagadougou. *Médecine d'Afrique Noire*, 46(1).
- Shumetie, G., Gedefaw, M., Kebede, A., & Derso, T. (2018). Exclusive breastfeeding and rotavirus vaccination are associated with decreased diarrheal morbidity among under-five children in Bahir Dar, northwest Ethiopia. *Public Health Reviews*, 39, 28. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0107-6>.
- Tareke, A. A., Enyew, E. B., & Takele, B. A. (2022). Pooled prevalence and associated factors of diarrhea among under-five years children in East Africa : A multilevel logistic regression analysis. *PloS One*, 17(4), e0264559. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264559>.
- United Nations. (2022). Perspectives de la population mondiale—Division de la population—Nations Unies. <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality>.

© 2025 OUEDRAGO, 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 31 October 2024
Accepted, 27 April 2025
Published, 27 April 2025
<https://www.revue-rasp.org>

*To cite : Nguessan et al. (2025). Croyances du personnel de santé liées à la vaccination contre la Covid-19
Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(1), 223-236. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.16>*

Research

Croyances du personnel de santé liées à la vaccination contre la Covid-19 *Healthcare workers' beliefs about Covid-19 vaccination*

Gnagoran Kouakou Daniel N'GUESSAN^{1*} et Denis Komenan DAGOU²

¹Sociologue de l'éducation, Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire, Université Alasane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

²Psychologue clinicien, Département de Psychologie, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan, Côte d'Ivoire

*Correspondant : gnagoran05@gmail.com, (+225) 07 49 23 59 95

Résumé

Cette étude explore les croyances du personnel de santé concernant la vaccination contre la Covid-19. Elle est qualitative et met l'accent sur les influences qui façonnent l'attitude envers le vaccin à travers le prisme de la Théorie du Comportement Planifié (TCP). Cette théorie stipule le comportement est influencé par les croyances comportementales, normatives et de contrôle. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré autour donc de ces trois croyances qui dans le cadre de cette étude, sous-tendent l'adoption d'un comportement de santé comme la vaccination contre la Covid-19. L'analyse des données indiquent que la majorité des répondants reconnaît les avantages du vaccin, tels que l'immunité collective et la prévention des formes graves de la maladie. Cependant, 18,94% restent sceptiques. Certains expriment des craintes concernant les effets secondaires ou l'efficacité. L'acceptation vaccinale est influencée par les agents de santé et la famille, soulignant l'importance des réseaux sociaux et professionnels dans la promotion du vaccin. Les données révèlent que 68,29% des personnes désapprouvent la vaccination, souvent en raison d'un manque d'informations fiables. Les facteurs facilitant l'adoption du vaccin chez les agents de santé incluent la protection personnelle. Cependant, les doutes sur l'efficacité et la peur des effets secondaires restent des obstacles importants. L'étude conclut que pour améliorer l'adhésion au vaccin, il est crucial de renforcer la communication scientifique, de lutter contre la désinformation et de rassurer sur la sécurité et l'efficacité des vaccins.

Mots clés : Croyance, personnel de santé, vaccin, Covid-19, théorie du comportement planifier, Côte d'Ivoire

Abstract

This study explores healthcare workers's beliefs about vaccination against Covid-19. It is qualitative and focuses on the influences that shape attitudes towards the vaccine through the prism of the Theory of Planned Behaviour (TPB). This theory states that behavioural, normative and control beliefs influence behaviour. Data were collected using a questionnaire structured around these three beliefs, which underpin the adoption of a health behaviour such as

vaccination against Covid-19 in this study. Data analysis shows that most respondents recognised the benefits of the vaccine, such as herd immunity and prevention of severe forms of the disease. However, 18.94% remained sceptical. Some expressed fears about side-effects or efficacy. Health workers and the family influence acceptance of the vaccine, underlining the importance of social and professional networks in promoting the vaccine. The data reveals that 68.29% of people disapprove of vaccination, often due to a lack of reliable information. Factors facilitating adoption of the vaccine by healthcare workers include personal protection. However, doubts about efficacy and fear of side effects remain major obstacles. The study concludes that to improve uptake of vaccine, it is crucial to strengthen scientific communication, combat misinformation and reassure people about the safety and efficacy of vaccines.

Key Word: Belief, health worker, vaccine, Covid-19, theory of planned behaviour, Côte d'Ivoire

1. INTRODUCTION

1.1.Contexte général (Covid-19 et vaccination)

Depuis l'apparition de la Covid-19 en décembre 2019 à Wuhan, en Chine, la pandémie a profondément bouleversé les systèmes de santé à travers le monde, touchant plus de 180 pays et entraînant une urgence de santé publique internationale. En réponse à cette crise, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis en avant des mesures de protection telles que l'utilisation des équipements de protection individuelle, la distanciation sociale, l'hygiène rigoureuse et les vaccins. Les vaccins contre la Covid-19 autorisés offrent une protection contre les formes graves de la maladie et les décès dus aux variants de la Covid-19 en circulation (OMS, 2020).

1.2.Situation en Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, dès le début de la pandémie, sur la base des recommandations de l'OMS, les mesures strictes comme le port obligatoire du masque et la régulation de la mobilité ont été mises en œuvre. Dès la disponibilité du vaccin contre la Covid-19, les autorités ivoiriennes ont adopté la vaccination comme mesure de prévention. L'objectif de la vaccination, lancée en Côte d'Ivoire le 01 mars 2021, était d'atteindre un million de personnes vaccinées par mois. La priorité était accordée aux catégories les plus exposées telles que les Forces de Défense et de Sécurité (FDS), le personnel de santé, les enseignants, les officiers de justice, les restaurateurs, les hôteliers (gouv.CI, 2021).

Afin d'accroître l'offre de couverture vaccinale, 182 centres de vaccination ont été ouverts dans le district d'Abidjan l'épicentre de la maladie. Il faut ajouter à ces sites des unités mobiles de vaccination qui se déplacent vers les populations (gouv. CI, 2021). Malgré ce dispositif vaccinal de proximité pour un accès facile au vaccin, l'acceptation de la vaccination contre la Covid-19 par les populations n'est pas systématique. En effet, une étude sur les connaissances, perception et confiance des populations vis-à-vis des vaccins anti-Covid-19, a révélé que si la grande majorité (96,2 %) des participants connaissait l'existence d'un vaccin anti-Covid-19, seul environ 1/3 (32,5%) faisait confiance aux vaccins (Agbe, Traore, Diarrassouba, Serigne, Messou et Aby-Davou, 2023).

1.3.Facteurs influençant l'acceptation vaccinale

Comment comprendre cette réticence des ivoiriens par rapport au vaccin contre la Covid-19 ? Coulibaly, Kouassi, Yéo, Koffi, Kouamé et Akme (2020); Ouattara et Amalaman (2021) relient à cet effet qu'en raison de perceptions variées et de croyances profondément ancrées, l'application des mesures barrières, y compris la vaccination, par la population ivoirienne n'a pas été systématique. Or, la vaccination est considérée comme la stratégie scientifique mondiale la plus sûre de sortie de la crise Covid-19, c'est pour quoi au sein de la population, le problème de la vaccination systémique et parfois sans conditions du personnel de santé, professionnels

de première ligne vulnérable a été soulevé (OMS, 2020, Sougou *et al*, 2020). La vulnérabilité du professionnel de santé en est mentionnée par l'OMS qui souligne que 19% des infections à la Covid-19 rapportées concernent le personnel de santé en Europe (OMS, 2020). Tous les services de santé cliniques et paracliniques ainsi que les services administratifs et d'appui sont concernés.

Les agents de santé, sont en contact avec des patients atteints de la Covid-19 pour des soins ou en contact avec le grand public pour le dépistage ou la vaccination, présentent donc un plus grand risque d'infection et de propagation de la maladie. En première ligne, dans la lutte contre la pandémie, ils sont essentiels non seulement pour leur propre protection, mais aussi pour servir de modèle à la communauté. Leur attitude envers la vaccination peut influencer significativement la perception et l'acceptation du vaccin par le grand public (OMS, 2020 ; Sougou, Diouf, Diallo et Sec, 2020).

L'idée soutenue ici est que les agents de santé par leur statut et rôle, en acceptant de se faire vacciner pour donner l'exemple à suivre, sont sans aucun doute les acteurs majeurs de la réussite de la politique vaccinale. On pense donc qu'il n'y a pas de raison que le personnel de santé qui explique à la population les effets bénéfiques de la vaccination contre la Covid-19 refuse cette vaccination qu'elle va administrer à plus d'autre. Contrairement aux idées préconçues, force est de constater qu'il n'existe pas une acceptation inconditionnelle du vaccin contre la Covid-19 par les agents de santé. En effet, une étude réalisée auprès du personnel de santé au Niger avait mis en évidence une faible adhésion des agents de santé à la vaccination contre la Covid-19. Cette étude relève que la majorité des enquêtés (97%) qui ont mentionné avoir entendu parler des vaccins contre la Covid-19, seuls 42% avaient été vaccinés et (28%) avaient l'intention de se faire vacciner. Les principales raisons du refus étaient le manque d'informations fiables (8%), la crainte d'effets secondaires (36%) et le manque de confiance (31%) pour les vaccins. Le tiers des enquêtés était pour une vaccination libre (Abdoulaye, Harouna, Maikassoua, Douthi, Alhousseyni et Yacouba, 2021).

1.4.Cadre théorique et objectif de l'étude

Que ce soit la crainte des effets secondaires du vaccin ou le manque de confiance en son efficacité comme raisons fondamentales de la non-acceptation du vaccin contre la covid-19 par les agents de santé, il s'agit de croyances relatives sur les résultats et les conséquences négatives de la vaccination contre la covid-19. Cette perception négative de la vaccination contre la Covid-19, influence négativement l'adoption de comportement d'autoprotection qu'est la vaccination contre la Covid-19. Le comportement d'autoprotection est l'ensemble des actes ou des efforts déployés par un individu exposé à un risque pour éviter la survenue d'un accident ou d'un problème de santé ou minimiser les conséquences pour soi (Kouabenan, 2006). Dans notre cas, la vaccination est le comportement de santé visé. Il est démontré que pour prédire le comportement d'un individu face à une menace sur sa santé, les recherches s'appuient sur les modèles théoriques d'adoption de comportement d'autoprotection fondée sur les croyances. La théorie particulière de ces modèles qui nous interpelle dans cette recherche est la Théorie du Comportement Planifié (TCP) de de Ajzen et Fishbein. Cette théorie est résumée par Godin (2012) et Kouabenan (2006) comme suit : l'adoption d'un comportement d'autoprotection est déterminée par l'intention de l'individu. Cette intention dépend de trois facteurs : **1-les croyances comportementales** ou l'attitude envers le comportement en question, attitude influencée par les croyances sur les résultats et les conséquences du comportement, **2-les croyances normatives** ou les normes subjectives, influencée par les croyances concernant les normes sociales, les attentes des personnes importantes et la pression sociale, **3-les croyances de contrôle** ou le contrôle comportementale perçu influencé par les croyances concernant le pouvoir de contrôle ou les attentes de succès (perception que le comportement approprié est facile à mettre en œuvre et est à la portée de l'individu).

En utilisant cette théorie dans ce travail, il nous faut **connaître chez les agents de santé** les croyances qui sous-tendent l'adoption d'un comportement de santé comme la vaccination contre la Covid-19. C'est l'objectif général de cette étude.

De façon spécifique, il nous faut identifier chez le personnel de santé les différentes croyances *comportementales, normatives et de contrôle* qui sous-tendent l'adoption d'un comportement de santé comme la vaccination contre la Covid-19.

La question de recherche qui oriente notre travail est alors la suivante : quelles sont chez le personnel de santé, les différentes croyances *comportementales, normatives et de contrôle* qui sous-tendent l'adoption d'un comportement de santé comme la vaccination contre la covid-19 ?

2. METHODOLOGIE

Nous étudions dans ce travail les croyances saillantes du personnel de santé des trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) d'Abidjan face au comportement d'autoprotection qu'est la vaccination. Le choix de ces 3 CHU s'explique par le fait que le dispositif de riposte (accueil et suivi des malades, dépistages...) contre la Covid-19 du gouvernement ivoirien a été mis en place dans ces structures sanitaires. Cette recherche où il s'agit de lister les réponses et partant d'identifier les croyances pertinentes du personnel de santé des 3 CHU d'Abidjan, s'inscrit dans un devis de recherche exploratoire descriptive qualitative. En fait, nous présentons la première phase d'une recherche mixte avec un devis séquentiel exploratoire où **l'approche qualitative (QUAL) précède l'approche quantitative (QUAN)**. N'ayant pas d'informations suffisantes dans la littérature scientifique sur les croyances relatives du personnel de santé à la vaccination contre la Covid-19, nous avons privilégié cette approche. Le volet qualitatif (QUAL) dont nous présentons les résultats ici, a permis de recueillir les croyances saillantes du personnel de santé sur la vaccination contre la Covid-19. Ces premières données générales devraient nous permettre de repérer les items spécifiques qui traduisent les croyances assaillantes du personnel de santé face à la vaccination contre la Covid-19. Ce qui devrait être étudié dans un second temps, par l'apport du quantitatif (QUAN) (Blanc, Lacelle et Perrault, 2023 ; Fortin et Gagnon, 2022). Pour des raisons temporelles et budgétaires, nous n'avons pas réalisé cette deuxième phase.

2.1. Population

La cible enquêtée est composée de personnels de santé des CHU de Cocody, Treichville et Angré (Médecin, Internes, Pharmacien, IDES, IDE, Sage-femme, Techniciens de labo, Technicien d'imagerie médicale, Aide-soignante, brancardiers, chirurgiens-dentistes, assistants dentaires, agents administratifs).

Une population de 227 sujets (91 hommes et 136 femmes) avec un âge moyen de 38 ans, tous des faisant partis du personnel de santé a pris part à la collecte des données.

Tableau 1 : Répartition du personnel de santé enquêté dans les CHU d'Abidjan selon les catégories professionnelle

Catégorie socio professionnelle	Effectif	Pourcentage (%)
Médecins	57	25,11
Agent administratif	34	14,98
Infirmier	31	13,66
Aide-soignant	26	11,45
Technicien de Laboratoire	17	7,49
Sage-femme	15	6,61
Assistant dentaire	13	5,73
Pharmacien	08	3,52
Brancardier	08	3,52
Interne	05	2,20
Agent d'hygiène	04	1,76
Ambulancier	04	1,76
Agent de sécurité	03	1,32
Préparateur et gestionnaire en pharmacie	01	0,44

Chauffeur	01	0,44
Total	227	100

2.2. Technique et outil de recueil des données

Des entretiens individuels ont été réalisés, après l'obtention du consentement éclairé de chaque enquêté. Un questionnaire structuré autour de trois types de croyances a été utilisé :

- Identification des croyances comportementales : conduite d'entretiens pour recueillir des données sur les perceptions des agents de santé concernant les avantages et les inconvénients du vaccin.
- Identification des croyances normatives : explorer l'influence des pairs, des supérieurs hiérarchiques, des organisations professionnelles et des directives gouvernementales sur l'intention de se faire vacciner.
- Identification des croyances de contrôle : évaluer les perceptions des agents de santé sur la facilité d'accès au vaccin, leur confiance en leur capacité à se faire vacciner et à gérer les effets secondaires potentiels.

2.3. Traitement des données

A travers une analyse de contenu thématique, nous avons regroupé des croyances exprimant la même idée ou une idée semblable et calculer ensuite la fréquence de chacune de ces fréquences à l'intérieur de chacun des trois types de croyances (comportementale, normative et de contrôle). Nous avons utilisé les logiciels informatiques d'Epi Info version 7.1 et SPSS version 27 pour le calcul. Les variables catégorielles exprimées étaient : les fréquences.

2.4. Déontologie et considérations éthiques

L'accord écrit des directions des différents centres hospitaliers a été nécessaire avant le début de l'enquête. Les différents chefs de service ont donné leur accord avant l'enquête du personnel au sein de leur service.

Sur le site d'enquête, l'enquêteur procède à la sensibilisation de l'enquêté à travers un formulaire de consentement éclairé et une notice informative relative au projet expliquant les objectifs, les bénéfices et les risques en s'assurant que l'enquêté ait bien compris le principe tout en lui laissant le libre choix d'accepter ou de refuser d'y participer. Cette étape se termine par la signature de 02 formulaires de consentement dont un pour l'enquêté.

3. RESULTATS

3.1. Croyances comportementales

Les croyances comportementales concernent les attentes et les évaluations des conséquences du comportement. En ce qui concerne le vaccin contre la Covid-19, il s'agit des perceptions du personnel de santé quant aux avantages et inconvénients du vaccin.

3.1.1. Avantages associés à la vaccination selon le personnel de santé

Tableau 2 : perceptions du personnel de santé quant aux avantages associés au vaccin contre la Covid-19

Croyances saillantes	Fréquences (%)	Exemples de croyances émises

Acquisition d'immunité	39,20	Augmenter le niveau de résistance de l'organisme Être immunisé contre la covid-19 Renforcement du système immunitaire
Éviter les formes graves de la Covid-19	30,39	Éviter les formes graves de la covid-19 Éviter les cas graves Prévenir la maladie
Aucun avantage	18,94	Aucun, les vaccinés font la maladie Aucun, les vaccins ne sont pas convainquant
Protection de soi et des autres	09,69	Pour être protégé Pour éviter de contracter la maladie Protéger son entourage
Faciliter les voyages	01,78	Voyager tranquillement
Total	100	

3.1.2. Désavantages associés à la vaccination selon le personnel de santé

Tableau 3 : perceptions du personnel de santé quant aux inconvénients associés au vaccin contre la Covid-19

Croyances saillantes	Fréquences (%)	Exemples de croyances
Aucun inconvénients	41,41	Aucun Aucune idée
Effets secondaires	37,88	Douleurs post vaccinale Fatigue Effets secondaires rends plus malade
Inefficacité du vaccin	11,89	Faible taux d'efficacité Les vaccinés ont contracté la maladie Le vaccin ne protège pas efficacement
Dangereux/mort	05,73	Mort car vaccin contenant virus Mort après la vaccination En cas de maladie sous-jacente, forte risque d'aggravation
Fake news/préjugés	03,09	Controverses autour du vaccin qui n'ont pas été élucidées Vaccin en cours d'expérimentations Risque de contamination de maladies génétiques
Total	100	

3.2. Croyances normatives

Les croyances normatives concernent les pressions sociales perçues et les attentes des autres (famille, collègues, autorités médicales) quant à l'acceptation ou non du vaccin contre la Covid-19. Les agents de santé peuvent être influencés par l'attitude de leurs collègues envers la vaccination.

3.2.1. Perceptions des personnes ou group de personnes qui encourage à la vaccination selon le personnel de santé

Tableau 4 : Perceptions des personnes favorables à l'acceptation du vaccin contre la Covid-19 du personnel de santé

Personnes qui approuvent la vaccination	Fréquences (%)	Extraits de discours

Personnels de santé	39,57	Agents des urgences Agents de santé Collègues de travail
Personnes croyant en l'existence de la covid-19/qui ont fait la maladie	19,78	Ceux qui ont fait la maladie et qui se sont rétablis Les malades et les parents des malades Les personnes qui comprennent l'importance du vaccin
Parents/familles	14,75	La famille/parents Epouse/époux Les enfants
Gouvernement/Autorités administratives de santé	12,23	Etat de Côte d'Ivoire Ministère de la santé Supérieurs hiérarchiques
Amis/proches	09,35	Mes proches Amis Mon entourage
Personnes troisième âge/vulnérables	02,88	Personnes âgées comorbidité
Voyageurs	0,72	voyageurs
Industries pharmaceutiques	0,72	Industries pharmaceutiques

3.2.2. Personnes ou group de personnes qui désapprouvent la vaccination selon le personnel de santé

Tableau 5 : Perceptions des personnes défavorables à l'acceptation du vaccin contre la Covid-19 du personnel de santé

Personnes qui désapprouvent la vaccination	Fréquences (%)	Extraits de discours
Plusieurs personnes	68,29	Certains agents de santé Certains collègues de travail Certains parents, amis Certaines personnes qui pensent que le vaccin est fait pour les tuer Personnes ancrées dans la religion Ignorants sur la covid-19 Personnes ayant peur de mourir Certaines qui craignent les effets secondaires du vaccin
Aucun	31,71	Aucune idée Aucune personne
Total	100	

3.3.Croyances de contrôle

Les croyances de contrôle concernent la perception de la facilité ou de la difficulté d'accepter de se faire vacciner. Elles sont influencées par des facteurs internes et externes.

3.3.1. Facteurs facilitant l'adoption à la vaccination selon le personnel de santé

Tableau 6 : facteurs internes et externes facilitants l'acceptation de se faire vacciner du personnel de santé

Conditions encourageant	Fréquences (%)	Extraits de discours

Se protéger contre la covid-19	23,34	Nécessité de renforcer le système immunitaire Protection contre la covid-19 Prévention contre la covid-19
Efficacité du vaccin	21,59	Efficacité du vaccin Protection induite du vaccin Le fait de voir les personnes vacciner ne pas contracter la maladie
Augmentation du nombre de cas et de morts	18,94	Augmentation du nombre de cas positifs à la covid-19 Décès liés à la covid-19 Eviter de faire les formes graves de la maladie et la mort
Peur de contracter la covid-19	05,29	Peur de faire la covid-19 à cause de ces complications Absence de traitements spécifiques L'ampleur de la maladie
Obligation de se faire vacciner	05,29	Voyage
Maîtriser les effets secondaires	02,20	Absence de complications post vaccination Maîtrise des effets secondaires
Être mieux informé sur la vaccination	01,32	Sensibilisation S'il y a une bonne information sur la covid-19
Personnes ayant une pathologie chronique	0,88	Si diabétique Si hypertendu

3.3.2. Perception de la difficulté d'accepter de se faire vacciner selon le personnel de santé

Tableau 7 : facteurs internes et externes limitants l'acceptation de se faire vacciner du personnel de santé

Barrières perçues	Fréquences (%)	Extraits de discours
Aucun	37,88	Aucun Aucun facteurs
Beaucoup d'effets secondaires	30,84	Taux d'effets indésirables élevés Effets secondaires
Inefficacité du vaccin	11,89	Nécessité de faire plusieurs doses Doute sur l'efficacité du vaccin Doute sur la qualité du vaccin
Contracter ou mourir de la covid-19 après vaccination	11,45	Se vacciner et toujours contracter la maladie Mort à la suite du vaccin Augmentation du nombre de cas
Fake news/rumeurs sur le vaccin	3,52	Personnes vacciner décèdent Le vaccin cause la stérilité, le vieillissement rapide, l'impuissance Transmission du VIH, paralysie
Manque d'informations sur la covid-19	2,20	Pas d'informations sur la maladie

4. Discussion

Cette étude analyse les croyances saillantes qui influencent la décision de se faire vacciner ou non des agents de santé à la lumière de la Théorie du Comportement Planifié (TCP) (Godin 2013). Selon cette théorie, trois types de croyances influencent l'intention et le comportement

: les croyances comportementales, normatives et de contrôle. La discussion des résultats expose comment chacune de ces trois croyances peut être appliquée pour étudier les perceptions des agents de santé concernant le vaccin de la Covid-19.

4.1. Avantages associés à la vaccination selon le personnel de santé

Les résultats sur les attentes du personnel de santé concernant la vaccination contre la Covid-19 révèlent que la majorité des répondants (39,20%) considèrent la vaccination comme un moyen d'acquérir une immunité, ce qui est soutenu par l'OMS (2020), relativement aux mesures de protection individuelles qu'elle a préconisée. Près de 30,39% des répondants estiment que les vaccins préviennent les formes graves de la maladie, une autre affirmation confirmée par les données sur l'efficacité des vaccins pour réduire les hospitalisations et les décès (OMS, 2020).

Cependant, 18,94% des participants demeurent sceptiques. Ils estiment qu'il n'y a aucun avantage à se faire vacciner. Ce scepticisme pourrait résulter d'un manque de confiance au vaccin ou à une expérience négative vécue. Cela peut s'expliquer par la faible proportion des agents de santé qui acceptent de se faire vacciner (Agbé et al, 2023). Une petite proportion (09,69%) voit la vaccination comme un moyen de protection pour soi-même et pour les autres. La vaccination est donc comprise comme un moyen de protection collective, un aspect essentiel pour l'immunité collective confirmé par l'OMS (2020).

Au niveau des avantages associés à la vaccination, la majorité des croyances relevées est alignée avec les objectifs scientifiques des vaccins.

Toutefois, 01,78% des répondants voient la vaccination comme un passeport pour faciliter les voyages internationaux. Ces derniers soulignent leur intérêt porté sur un aspect pratique de la vaccination, reléguant ainsi second plan les vaccins quand une part non négligeable 18,94%, n'y trouvent aucun avantage. Un effort accru serait nécessaire pour adresser le scepticisme et renforcer la communication sur les avantages des vaccins. Car, comme le soutient Sougou *et al* (2020), leur attitude envers la vaccination peut influencer significativement la perception et l'acceptation du vaccin par le grand public.

4.2. Désavantages associés à la vaccination selon le personnel de santé

Les résultats montrent une diversité de perceptions des inconvénients liés à la vaccination contre la Covid-19.

Une proportion significative (41,41%) considère la vaccination comme sûre c'est-à-dire exempte d'inconvénients tel que le soutient l'OMS (2020). Cependant, certains répondants pourraient simplement manquer d'information ou de réflexion sur le sujet. Près de 38% des participants sont préoccupés par des effets secondaires comme les douleurs et la fatigue après la vaccination. Une proportion non négligeable (11,89%) des répondants doutent de l'efficacité du vaccin, souvent en raison de malentendus sur son objectif principal, qui est de réduire les formes graves plutôt que d'éliminer totalement les infections. Une petite proportion (5,73%) craint des effets graves, souvent exacerbés par des rumeurs et désinformations. Il est crucial de fournir des preuves scientifiques pour rassurer ces individus. Les croyances influencées par des fake news, bien que minoritaires (3,09%), montrent l'impact de la désinformation. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Abdoulaye *et al* (2021), qui ont montrés dans leur étude que les principales raisons du refus de la vaccination contre la Covid-19 étaient le manque d'informations fiables, la crainte d'effets secondaires et le manque de confiance pour les vaccins. La majorité des répondants perçoit la vaccination positivement, mais les préoccupations concernant les effets secondaires et l'efficacité nécessitent une meilleure communication pour renforcer la confiance.

4.3. Perceptions des personnes ou group de personnes qui encourage à la vaccination selon le personnel de santé

Les résultats montrent que l'acceptation de la vaccination contre la Covid-19 est fortement influencée par différents groupes. Si leurs pairs se font vacciner et encouragent la vaccination, ils sont plus susceptibles de suivre cet exemple.

Les professionnels de santé (39,57%) sont les plus cités comme soutenant la vaccination, ce qui reflète leur expérience directe avec le virus et leur crédibilité. Leur approbation est cruciale pour renforcer la confiance publique. Des personnes favorables (19,78%) sont ceux ayant eu une expérience personnelle ou indirecte de la maladie. Cette expérience motive fortement leur adhésion au vaccin. Ces résultats sont soutenus par ceux de l'OMS (2020) et Sougou *et al* (2020), stipulant que l'attitude envers la vaccination des agents de santé peut influencer significativement la perception et l'acceptation du vaccin par le grand public. Ces résultats soulignent l'importance des personnels de santé et des expériences personnelles dans la promotion du vaccin.

Les décisions de vaccination sont souvent influencées par la famille (14,75%). Le soutien familial, notamment pour les enfants, joue un rôle clé dans l'acceptation du vaccin. L'influence des amis et proches (9,35%) est aussi significative, montrant le rôle des réseaux sociaux dans la décision de se faire vacciner. Ces résultats renforcent dans un sens, les observations de Abdoulaye *et al*, (2021) pour qui les positionnements par rapport à l'acceptation à la vaccination peuvent être liés au manque d'informations fiables, la crainte d'effets secondaires, le manque de confiance pour les vaccins. Bien que concernées par des risques élevés, l'influence des personnes âgées et vulnérables (2,88%) est faible. Les voyageurs (0,72%), exercent une influence marginale, car ils sont peu nombreux.

Les directives et recommandations des autorités sanitaires nationales et internationales peuvent également jouer un rôle crucial. Si les organismes de santé publique et les associations professionnelles promeuvent fortement la vaccination, cela peut renforcer la pression normative pour se faire vacciner (Gouv.CI, 2021 ; OMS, 2020). Les autorités publiques (12,23%) influencent l'acceptation, mais leur impact est moindre par rapport aux professionnels de santé. La confiance envers ces institutions pourrait être limitée. Les industries pharmaceutiques (0,72%) ont également une influence marginale, car les industries pharmaceutiques souffrent de méfiance. Il ressort que les autorités publiques et les industries pharmaceutiques ont une influence plus limitée.

4.4. Personnes ou group de personnes qui désapprouvent la vaccination selon le personnel de santé

Les résultats montrent également que le refus de la vaccination contre la Covid-19 est fortement influencée par différents groupes. Si les agents de santé refusent de se faire vacciner et découragent à la vaccination, leurs pairs et le grand public sont plus susceptibles et de suivre leur exemple.

Les données révèlent que 68,29% des personnes expriment des réticences envers la vaccination contre la Covid-19, montrant un défi majeur pour les campagnes de vaccination. La désapprobation provient de diverses sources, dont les agents de santé, les collègues et les proches, ainsi que des croyances religieuses et des théories du complot. Les agents de santé qui désapprouvent le vaccin peuvent influencer négativement le public, tandis que les proches contribuent également à diffuser l'hésitation vaccinale (OMS, 2020 ; Sougou *et al*, 2020).

Les craintes des effets secondaires, des décès post-vaccination, les facteurs religieux et le manque d'information jouent aussi un rôle important. Souvent basées sur des informations erronées, elles constituent des raisons courantes de désapprobation. Ces résultats confirment ceux de Abdoulaye *et al* (2021), selon lesquels, le manque d'informations fiables, la crainte d'effets secondaires et le manque de confiance pour les vaccins sont autant de facteurs explicatifs du refus de se faire vacciner. Les croyances extrêmes, comme celles affirmant que le vaccin est conçu pour nuire, reflètent l'impact des théories du complot.

Une proportion notable de 31,71% des participants ne perçoit aucune désapprobation ou n'a pas d'opinion claire, ce qui peut indiquer une absence de confrontation avec des opinions contraires. Ces résultats soulignent l'importance de renforcer la communication scientifique, de combattre la désinformation, et d'améliorer l'éducation vaccinale pour promouvoir l'adhésion au vaccin.

4.5.Facteurs facilitant l'adoption à la vaccination selon le personnel de santé

La disponibilité du vaccin, la logistique de la distribution, et la simplicité du processus de vaccination peuvent influencer la décision des agents de santé à se faire vacciner.

Les données montrent que les principales motivations pour la vaccination contre la Covid-19 sont la protection personnelle contre la maladie (23,34%) et la confiance dans l'efficacité du vaccin (21,59%). Ces résultats reflètent une réponse logique à une menace perçue ; les individus veulent se protéger et croient en la capacité du vaccin à prévenir l'infection. L'efficacité observée du vaccin, avec des preuves empiriques montrant une réduction des cas graves, renforce cette confiance et favorise l'adhésion (Sougou *et al*, 2020).

La gravité de la situation sanitaire, citée par 18,94% des répondants indiquent que la progression de la pandémie et l'augmentation des décès poussent les individus à se faire vacciner pour éviter des conséquences graves. La peur de contracter la Covid-19 (5,29%) et les obligations externes (5,29%), telles que les exigences pour voyager, sont également des moteurs de vaccination, bien qu'ils soient moins déterminants. Les préoccupations sur les effets secondaires (2,20%) et le besoin d'information (1,32%) quoique présentés dans de faibles proportions, montrent que la sécurité perçue et la transparence jouent un rôle dans l'acceptation du vaccin. Cette dynamique montre comment les crises sanitaires aiguës peuvent stimuler la demande de mesures préventives (Sougou *et al*, 2020).

Ces résultats soulignent l'importance pour les campagnes de vaccination de mettre en avant la protection offerte par les vaccins, de fournir des preuves tangibles de leur efficacité et de rassurer sur les effets secondaires tout en améliorant la communication et l'éducation.

4.6.Perception de la difficulté d'accepter de se faire vacciner selon le personnel de santé

La confiance de certains agents de santé dans leur capacité à gérer la maladie peut constituer barrière à la vaccination. Les données révèlent plusieurs barrières à la vaccination contre la Covid-19.

Une majorité (37,88%) perçoit la vaccination sans obstacles majeurs, indiquant soit une confiance élevée, soit un manque de conscience des préoccupations courantes. Les inquiétudes concernant les effets secondaires (30,84%) sont un obstacle clé, souvent amplifiées par des informations biaisées. Il est crucial de fournir des données précises et rassurantes sur la sécurité des vaccins. Les doutes sur l'efficacité du vaccin (11,89%), tels que la nécessité de plusieurs doses, soulignent le besoin d'une communication claire sur le mécanisme du vaccin et les raisons des doses multiples.

Les craintes d'infection ou de décès malgré la vaccination (11,45%) reflètent une incompréhension du rôle protecteur du vaccin. Une meilleure éducation sur les bénéfices du vaccin est nécessaire. Bien que moins fréquentes, les fausses informations (3,52) continuent d'influencer certains individus. Il est important de contrer ces rumeurs avec des preuves scientifiques. Le déficit d'informations (2,20%) sur la Covid-19 et la vaccination suggère un besoin d'éducation renforcée.

Les campagnes doivent se concentrer sur la sécurité du vaccin, clarifier son efficacité, et lutter contre la désinformation tout en améliorant la sensibilisation.

Cette étude comporte plusieurs limites, notamment un échantillon qui peut être restreint et non représentatif. Les biais de sélection peuvent également influencer les réponses des participants. En outre, le questionnaire utilisé pourrait ne pas couvrir toutes les dimensions des croyances relatives à la vaccination. Enfin, les attitudes envers la vaccination évoluent rapidement, ce qui peut rendre les résultats moins pertinents au fil du temps.

5. Conclusion

Cette étude révèle les principales croyances et perceptions influençant la décision de se faire vacciner ou non parmi le personnel de santé à la lumière de la Théorie du Comportement Planifié (TCP). Les croyances comportementales, normatives et de contrôle jouent un rôle déterminant dans l'acceptation ou le refus de la vaccination contre la Covid-19. D'une part, les avantages de la vaccination sont reconnus par la majorité des participants, qui la voient comme un moyen de protection personnelle et collective. Cependant, une proportion significative exprime des inquiétudes liées aux effets secondaires, à l'efficacité perçue du vaccin et à la désinformation.

D'autre part, l'influence des pairs, des familles et des autorités sanitaires s'avère cruciale dans la promotion de la vaccination, bien que des réticences persistent chez certains groupes influencés par des théories du complot. Enfin, les obstacles perçus, notamment les craintes concernant la sécurité et l'efficacité des vaccins, mettent en évidence la nécessité d'une communication scientifique claire et d'une meilleure éducation sur les bienfaits de la vaccination pour renforcer l'adhésion.

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude au Professeur DASSE Romuald pour nous avoir associés au projet de recherche intitulé « Portage et état d'immunogénicité du sars-cov2 chez le personnel de santé à Abidjan ». Ce projet, financé par le FONSTI, a été essentiel pour évaluer la prévalence du portage du SARS-CoV-2 et le niveau de protection immunitaire parmi les professionnels de santé des CHU d'Abidjan, Côte d'Ivoire.

Nous remercions également le FONSTI pour son soutien financier significatif, qui a permis de mener à bien cette étude. Leur engagement envers la recherche scientifique et l'innovation technologique en Côte d'Ivoire est inestimable et contribue largement à renforcer la riposte sanitaire dans notre pays. Grâce à ces contributions, nous avons pu développer un plan psycho-social visant à améliorer le bien-être du personnel de santé pendant cette période difficile.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt.

Référence

Abdoulaye, O., Harouna A. M. L., Maikassoua, M., Doutchi, M., Alhousseyni, M. D., Yacouba, A., Dan, B. A. O., (2021). Connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé face à

- la Covid-19 à Maradi, Niger en 2021. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie*, 16(3), 41-47. <https://revues.ml/index.php/remim/article/view/2028/1373>
- Agbe, B., Traore, Y., Diarrassouba, M., Serigne, N., Messou, E., Aby-Davous, A. (2023). Défis de la vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire : connaissances, perception et confiance des populations vis-à-vis des vaccins anti-COVID. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 71S2 (2023) 101673. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2023.101708>
- Blanc, V., Lacelle, M. A., et Perrault, G. (2023). *Intitiation à la recherche qualitative en science humaines*. Montréal: Chenelière éducation.
- Coulibaly, M., Kouassi, P. D., Yéo, S., Koffi, E. J., Kouamé, A. D., Akme, S. A., Yao, G. H. A. (2020). Connaissances, perceptions et pratiques du personnel de soins en période de pandémie de covid-19 dans la région de gbêkê Côte D'Ivoire. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie* 17(1), 6-16. DOI: [10.53597/remim.v17i1.2216](https://doi.org/10.53597/remim.v17i1.2216)
- Fortin, M. F., et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives, 4e édition*. Montréal: Chenelière Education.
- Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé*. Les presses de l'Université de Montréal.
- Kouabenan, D. R. (2006 b). Des croyances aux comportements de protection. Dans D. R. Kouabenan, B. Cadet, D. Hermand, & M. Munoz Sastre, *Psychologie du risque. Identifier, évaluer, Prévenir* (pp. 241-289). Bruxelles : De Boeck
- Organisation Mondiale de la Santé (2020). *Prévention, détection et prise en charge des infections chez les agents de santé dans le contexte de la COVID-19 : orientations provisoires, 30 octobre 2020* (No. WHO/2019-nCoV/HW infection/2020.1).
- Ouattara, S., et Amalaman, D. M. (2022). Croyances, perceptions et attitudes des populations face à la pandémie du Covid-19 en Afrique de l'Ouest : une étude qualitative à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Revue Africaine Des Sciences Sociales Et De La Santé Publique*, 3(2), 117-132. Consulté à l'adresse <https://www.revue-rasp.org/index.php/rasp/article/view/148>
- Portail Officiel du Gouvernement de Côte d'Ivoire (2021). Vaccination contre la covid-19 : le gouvernement veut atteindre une large couverture vaccinale pour protéger les populations. https://www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=12640
- Sougou, N. M., Diouf, J. B., Diallo, A. A., Sec, I. (2020). Analyse des risques perçus des prestataires de santé en milieu hospitalier dans le cadre de la pandémie à COVID-19 : une étude qualitative dans le Centre Hospitalier Roi Baudouin de Guédiawaye, lors de la réception du 1^{er} cas communautaire du Sénégal. *Pan African Medical Journal*, 37(1) : 23. Dio : [10.11604/pamj.supp.2020.37.1.25389](https://doi.org/10.11604/pamj.supp.2020.37.1.25389)

© 2025 N'GUESSAN, 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 10 December 2024
Accepted, 02 May 2025
Published, 02 May 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Kouame et al. (2025). *Gestion de la grossesse et caractéristiques physiques néonatales chez des jeunes gestantes d'Anyama, espace péri-urbain ivoirien*. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(1), 237-250. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.17>

Research

Gestion de la grossesse et caractéristiques physiques néonatales chez des jeunes gestantes d'Anyama, espace péri-urbain ivoirien

Pregnancy management and neonatal physical characteristics in young pregnant women in Anyama, a peri-urban area of Ivory Coast

Yah Cynthia Céline KOUAME * ⁽¹⁻²⁻⁵⁾, **Kouakou Firmin KOUASSI** ⁽¹⁻²⁻³⁻⁴⁾, **Yoro Jonathan YROBO** ⁽¹⁻²⁻⁴⁾, **Kobénan Kouman Anicet KOUADIO** ⁽¹⁻²⁾.

- ⁽¹⁾ Laboratoire de Biomorphologie, Pathologie maxillo-oro-faciales et santé bucco-dentaire – UFR d'Odonto-Stomatologie d'Abidjan et SHS. Université FHB de Cocody (Côte d'Ivoire)
- ⁽²⁾ Département de Paléoanthropologie - Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD) – UFR Sciences de l'Homme et de la Société - Université FHB de Cocody – Abidjan (Côte d'Ivoire).
- ⁽³⁾ Société Ivoirienne de Nutrition – Abidjan (Côte d'Ivoire) ;
- ⁽⁴⁾ Société d'Anthropologie de Paris (France) ;
- ⁽⁵⁾ Doctorante-École Doctorale Société, Communication, Arts, Lettres et Langues (SCALL)- Université FHB de Cocody – Abidjan (Côte d'Ivoire).

*Auteur correspondant : Email : celineyah@gmail.com

Résumé

L'étude examine l'influence de la gestion de la grossesse sur les caractéristiques physiques néonatales chez les jeunes filles d'Anyama. C'est un examen analytique et transversal portant sur un échantillon de 230 jeunes couples mères/enfants. La collecte des données a eu lieu à l'hôpital général d'Anyama à partir d'un questionnaire et un guide d'extraction des données. Le questionnaire a servi de mesure pour les variables de la gestion de la grossesse en occurrence les pratiques thérapeutiques et nutritionnelles et les habitudes à risques. L'analyse statistique s'est réalisée par le logiciel SPSS version 23. La normalité de la distribution de l'échantillon s'est faite à l'aide de Shapiro (Poids= 0,000 ; Taille= 0,000 ; Périmètre Crânien=0,000). La relation entre les mécanismes de gestion de la grossesse et les caractéristiques physiques néonatales s'est effectuée avec le test Anova et de Student dont le seuil de significativité est fixé à $p < 0,05$. Les résultats révèlent que la plupart des gestantes ont eu pour recours thérapeutiques les centres de santé. L'analyse ne révèle pas de différence significative entre le recours aux pratiques thérapeutiques des gestantes et les caractéristiques physiques néonatales au seuil de probabilité 0,05 (Poids= 0,542 ; Taille= 0,178 ; Périmètre Crânien=0,216). L'analyse n'indique pas également de différence entre les caractéristiques physiques néonatales et les comportements alimentaires des gestantes au seuil de probabilité 0,05 (Poids=0,821 ; Taille=0,413 ; Périmètre Crânien=0,506) d'une part ; entre les caractéristiques physiques

néonatales et les comportements à risques des gestantes au seuil de probabilité 0,05 (p-value, Poids=0,469 ; Taille=0,595 ; Périmètre Crânien=0,843) d'autre part. Ce présent travail démontre une absence de lien significatif entre la gestion de la grossesse et les caractéristiques physiques néonatales chez des jeunes filles en milieu périurbain. Cette analogie des résultats est imputable à l'âge et le milieu de vie des gestantes.

Mots-clés : Grossesse - Caractéristique physique - Nouveau-né - Jeune gestante - Gestion-Ivoirien

Abstract

The study examines the influence of pregnancy management on neonatal physical characteristics in young girls in Anyama. It is an analytical and cross-sectional examination involving 230 young mother/child couples. Data collection occurred at Anyama General Hospital using a questionnaire and a data extraction guide. The questionnaire served as a measure for pregnancy management variables, namely therapeutic and nutritional practices and risky habits. Statistical analysis was carried out using SPSS version 23 software. The normality of the sample distribution was done using Shapiro (Weight = 0.000; Height = 0.000; Head Circumference = 0.000). The relationship between pregnancy management mechanisms and neonatal physical characteristics was carried out using the Anova and Student test, the significance threshold of which was set at $p < 0.05$. The results reveal that most of the pregnant women resorted to health centers for therapeutic recourse. The analysis does not reveal any significant difference between the use of therapeutic practices of pregnant women and neonatal physical characteristics at the probability threshold of 0.05 (Weight = 0.542; Height = 0.178; Head Circumference = 0.216). The analysis also does not indicate any difference between neonatal physical characteristics and eating behaviors of pregnant women at the probability threshold of 0.05 (Weight = 0.821; Height = 0.413; Head Circumference = 0.506) on the one hand; between neonatal physical characteristics and risk behaviors of pregnant women at the probability threshold of 0.05 (p-value, Weight = 0.469; Height = 0.595; Head Circumference = 0.843) on the other hand. This present work demonstrates a lack of significant link between pregnancy management and neonatal physical characteristics in young girls in peri-urban areas. This analogy of results is attributable to the age and living environment of the pregnant women.

Keywords: Pregnancy- Physical characteristics- Newborn- Pregnant woman- Management-Ivorian

1-Introduction

L'appréciation corporelle du nouveau-né semble s'observer à partir des paramètres anthropométriques que ce dernier acquiert à la naissance. L'ensemble des transformations corporelles acquises par le nouveau-né dès ses premières heures de naissances renvoie à ce que l'on appelle les caractéristiques physiques néonatales. Selon Salle et al. (2013), elles désignent le résultat de l'accroissement et la formation des organes du fœtus. Pour Chelo, 2012, les caractéristiques néonatales se définissent comme toutes données ou mesures se rapportant aux dimensions du nouveau-né durant les 28 premiers jours de sa vie. De ces points de vue, les caractéristiques physiques néonatales seraient l'ensemble des paramètres anthropométriques

(poids, taille, périmètre crânien) du nouveau-né qui permettent d'apprécier l'état de santé de ce dernier.

Ainsi, le poids, la taille et le périmètre crânien du nouveau-né semblent atteindre leur croissance optimale qu'avec une interaction adéquate et finement régulée entre la gestante et des facteurs maternels. Plusieurs facteurs maternels interviennent pendant la gestation dont les facteurs médicaux, nutritionnels et habitudes à risques des gestantes. En d'autres termes, les paramètres physiques de naissance pourraient être influencés en partie par des comportements alimentaires, à risques et thérapeutiques réalisés par la gestante c'est-à-dire la gestion de la grossesse.

Celle-ci renvoie, selon Carles (2010) à un événement qui entraîne toute une série de mécanismes et d'actions menées par la gestante, notamment les pratiques alimentaires et thérapeutiques pour préparer la venue au monde d'un nouveau-né. Aussi, elle est considérée comme les différentes pratiques alimentaires et thérapeutiques effectuées par la parturiente pendant la grossesse jusqu'à l'accouchement (Djolo, 2022). En somme, la gestion de la grossesse serait l'ensemble des mécanismes de suivi entrepris par la gestante pour la prise en charge de la grossesse.

Celle-ci est animée par des pratiques auxquelles les gestantes s'adonnent, notamment les habitudes à risque, les pratiques alimentaires et thérapeutiques. En ce qui concerne les pratiques thérapeutiques, celles-ci sont d'ordres conventionnels (moderne) et non conventionnels (traditionnels). En effet, durant la grossesse la gestante en dehors des consultations prénatales, ont tendance à consommer certaines substances comme les potions à base de plantes et de décoctions issues de la médecine traditionnelle. Ces substances pourraient avoir des effets sur la gestante et par ricochet sur le fœtus.-Ces substances, dont la toxicité est inconnue pourrait être à l'origine d'un retard de croissance comme l'indique Kabamba et al. (2014) dans leur analyse. Selon que les gestantes se soumettent à différentes pratiques alimentaires et à risques, elles pourront avoir un fonctionnement biophysique différent. Cette différence dans le potentiel physio nutritive de la parturiente pourrait également s'observer sur la croissance du fœtus.

Ainsi, les pratiques alimentaires des gestantes se révèlent comme des éléments fondamentaux dans la croissance fœtale et le poids de naissance (Delhaye, 2020). En d'autres termes, l'état nutritionnel de la femme enceinte aurait un impact sur l'évolution de la grossesse, le développement du fœtus et par ricochet les dimensions corporelles de naissance. Il existe donc une probable relation entre les pratiques thérapeutiques, alimentaires et les caractéristiques physiques néonatales.

La relation entre les facteurs prénatals et les caractéristiques physiques néonatales a fait l'objet de divers travaux. Par exemple, Kouadio et al. (2022) ont examiné l'effet de la parité des mères sur les caractéristiques physiques néonatales en mettant l'accent sur le profil physique (poids, taille, périmètre crânien) des nouveau-nés. Ces auteurs indiquent que la parité des mères influence les caractéristiques physiques de naissance. Dans ce sens, Marrocco. (2022) a montré que les caractéristiques physiques de naissance (poids de naissance et le tour de tête) dépendent des contributions génétiques et intra-utérines des gestantes. Loba et al (2017), interrogeant cette probable relation ont identifié l'âge des gestantes ivoirienne comme variable qui influence les caractéristiques physiques néonatales tout en mettant l'accent sur le poids de naissance des nouveau-nés. Pölzlberger et al. (2017) ont examiné l'effet de la taille maternelle,

de l'état pondéral avant la grossesse et de la prise de poids gestationnelle sur la croissance fœtale et la taille du nouveau-né chez des viennoises du Danube.

L'on constate que les travaux évoqués montrent que les facteurs biologiques et sociaux de la mère exercent un effet sur les dimensions corporelles de naissance. Il semble que ces travaux, n'aient pas accordé une attention suffisante aux pratiques thérapeutiques, alimentaires et aux comportements à risque comme variables susceptibles d'influencer les paramètres anthropométriques de naissance. Dès lors, en quoi les pratiques thérapeutiques, alimentaires et les comportements à risques influencent-ils les caractéristiques physiques néonatales ? Cette préoccupation est celle que le présent travail se propose d'examiner. L'objectif du présent travail est donc d'examiner l'effet de la gestion de la grossesse sur les caractéristiques physiques néonatales chez les jeunes filles.

2-Matériaux et méthodes

2-1-Matériaux

Cette étude transversale vise à analyser l'influence de la gestion de la grossesse sur les caractéristiques physiques néonatales chez les jeunes filles. En Côte d'Ivoire, comme dans la plupart des pays d'Afrique Subsaharienne, les indicateurs de Santé Maternelle comme la mortalité maternelle et néonatale en particulier des jeunes filles restent élevées et préoccupantes. L'amélioration de la santé de ces jeunes filles a toujours été considérée comme une priorité de santé publique car leur grossesse demeure une problématique de santé publique majeure pour elles et leurs bébés. Pour ce faire, celles-ci fréquentent les différents centres de santé notamment ceux du district sanitaire d'Anyama. Ce district détient plusieurs Établissement de Santé de Premiers Contact (ESPC) et des Hôpitaux Généraux (HG). Parmi ceux-ci, l'on note l'Hôpital général d'Anyama. En 2022, selon le District Health Information Software (DHS 2)¹ (2022), l'Hôpital Général d'Anyama (HGA) est celui qui a enregistré le plus grand nombre de naissance avec un total de 3163 naissances dont 2000 jeunes mères.

La difficulté à se procurer l'ensemble de ces jeunes filles mères a occasionné le choix de celles-ci à partir d'un recrutement à tout venant suivant la période de l'enquête, en se fondant sur certains critères de sélection, notamment l'âge des nourrisson, l'histoire et l'expérience des mères, l'âge et le statut socioéconomiques des mères. Dans cette perspective, 350 jeunes mères âgées de 10 à 24 ans ayant un nouveau-né d'âge compris entre 0 et 3 mois et issus de milieu socioéconomique défavorisé ont été sélectionnée. A l'issus de données manquantes dans certains carnets du couple mère/enfant, l'on a retenu un échantillon de 230 mères ayant acceptées de répondre au questionnaire et possédant un carnet contenant toutes les informations sur les caractéristiques physiques néonatales et les informations sur les paramètres biologiques de la mère.

¹ *DHIS2 est une plate-forme open source basée sur le Web, le plus souvent utilisée comme système d'information de gestion de la santé (SIGS)*

En somme, considérant ces variables démographiques et socioéconomiques comme critères de sélection, l'étude va porter sur 230 jeunes mères d'âge compris entre 10 et 24 ans et ayant un enfant âgé de 0 à 3 mois, fréquentant l'HGA.

2-2-Méthodes

La présente étude se propose d'examiner l'influence de la gestion de la grossesse chez les jeunes filles en milieu périurbain sur les caractéristiques physiques néonatales. Il s'agit d'une analyse transversale. Ce présent travail a porté sur 230 jeunes mères d'âge compris entre 10 et 24 ans ayant un enfant âgé de 0 à 3 mois, fréquentant l'Hôpital Général d'Anyama (HGA). Ces mères ont toutes des caractéristiques sociodémographiques similaires (mère d'âge compris entre 10 et 24 ans, ayant un enfant âgé de 0 à 3 mois, fréquentant l'Hôpital Général d'Anyama (HGA) et de statut socioéconomique similaire). La réalisation de cette étude a été possible grâce à la collecte des informations auprès des sujets fréquentant l'HGA. La collecte de données s'est faite grâce à l'identification préalable des services qui recevaient la cible. En effet, à l'HGA, où l'on rencontre plus de mères ayant un enfant âgé de 0 à 3 mois est le service de suivi de croissance et celui de vaccination.

La première étape de collecte a consisté à interroger les mères à partir des critères de sélection préalablement indiqués. Cet interrogatoire face à face a été fait tous les jours ouvrables de la semaine. Le questionnaire utilisé à cet effet, a permis de mesurer les variables liées aux mécanismes de suivi de la grossesse des jeunes filles, en occurrence les caractéristiques sociodémographiques, les pratiques thérapeutiques et alimentaires et les comportements à risque au cours de la grossesse.

La seconde étape a servi pour le recueil des paramètres biologiques de la mère et des caractéristiques physiques néonatales à partir du carnet de santé du couple mère/enfant.

La réalisation de cette collecte s'est faite grâce à l'appliquatif mobile

ODK Collect. Les données recueillies ont été soumises à une vérification de la complétude des questionnaires en vue de détecter les incohérences des variables.

L'analyse statistique proprement dite a été réalisée au moyen du logiciel SPSS version 23 (Statistical Program of Social Science). La normalité de la distribution de l'échantillon s'est faite à l'aide du test de Shapiro. Dans ce sens, d'une part, le test d'Anova est le test statistique indiqué pour analyser les variables multifactorielles comme celles étudiées dans la présente étude. D'autre part, l'examen statistique des variables à deux facteurs a été possible grâce au test de Student. Alors, L'examen de la relation entre les mécanismes de suivi de la grossesse chez les jeunes filles et les caractéristiques physiques néonatales a été effectué avec le test d'Anova et celui de Student.

3-Résultats

La présente étude a pour objectif d'examiner le lien entre la gestion de la grossesse et les caractéristiques physiques néonatales des jeunes filles. Cette analyse a porté sur des jeunes mères issues de la commune d'Anyama (Cote d'Ivoire) dont l'âge est compris entre 10-24 ans. Les caractéristiques physiques néonatales de ces dernières ont été comparées selon les modalités de gestion de leurs grossesses. Les résultats de ces comparaisons se présentent sur trois différentes parties. La première présente les pratiques thérapeutiques, la deuxième partie

met l'accent sur les pratiques alimentaires et la troisième partie aborde les fréquences des comportements à risques en rapport avec les caractéristiques physiques néonatales.

3-1-Pratiques thérapeutiques des gestantes et caractéristiques physiques néonatales

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques physiques néonatales selon les recours thérapeutiques des gestantes

Type de pratique thérapeutique	Effectif	Caractéristique physique					
		Poids(g)		Taille (cm)		PC (cm)	
	n	M	±	m	±	m	±
Centre de santé	109	2978,95	437,25	48,78	2,14	32,68	1,56
Centre de santé et étals de médicament au marché	93	2983,71	535,45	49,28	2,08	33,17	2,65
Centre de santé, maman, belle-mère et grande mère	18	3013,89	471,48	48,33	2,40	32,72	1,22
Centre de santé et tradipraticien	6	2700,00	579,65	47,67	2,80	31,50	1,64
Tous les types de retours	4	3225,00	450,00	49,50	4,65	33,25	0,50
Total	230	2980,61	484,81	48,93	2,22	32,86	2,06
p-value (Anova)		0,542NS		0,178NS		0,216NS	

n : effectif ; m : moyenne ; ± : écart type ; PC : Périmètre Crânien ; NS : Non Significatif.

Les résultats issus de la comparaison des caractéristiques physiques néonatales selon les recours thérapeutiques révèlent que la plupart des jeunes gestantes ont pour recours thérapeutiques les centres de santé. Les nourrissons de celles-ci présentent un poids moyen de $2978,95 \pm 437,25$ g, une taille moyenne de $48,78 \pm 2,14$ cm et un périmètre crânien moyen de $32,68 \pm 1,56$ cm statistiquement identique aux autres pratiques thérapeutiques notamment les étals de médicament au marché (Poids: $2983,71 \pm 535,45$ g; Taille : $49,28 \pm 2,08$ cm; PC: $33,17 \pm 2,65$ cm), maman, belle-mère et grande mère (poids: $3013,89 \pm 471,48$ g; Taille: $48,33 \pm 2,40$ cm; PC: $32,72 \pm 1,22$ cm), tradipraticien (poids: $2700,00 \pm 579,65$ g ; Taille: $47,67 \pm 2,80$ cm; PC : $31,50 \pm 1,64$ cm), tradipraticien, recours populaire et étals de médicaments au marché (poids : $3225,00 \pm 450,00$ g ; Taille : $49,50 \pm 4,65$ cm; PC : $33,25 \pm 0,50$ cm). Le contrôle statistique ne révèle pas de différence significative entre le recours aux pratiques thérapeutiques des gestantes et les caractéristiques physiques néonatales au seuil de probabilité 0,05 (p-value, Poids= 0,542 ; Taille= 0,178 ; PC =0,216, Tableau 1). Le type de pratique thérapeutique des gestantes n'influencerait donc pas les caractéristiques physiques néonatales.

Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques physiques néonatales selon le type de traitement traditionnel utilisé par les gestantes

Type de traitement traditionnel	Effectif	Caractéristique Physique					
		Poids(g)		Taille (cm)		PC (cm)	
	n	M	±	m	±	m	±
Potion à boire	12	2916,67	410,83	48,42	2,42	32,67	1,49
Purge gastrique (Lavement)	43	2930,47	551,30	48,40	2,87	33,05	3,22
Décoctions & Potions à boire	3	3166,67	288,67	50,67	0,57	33,00	2,64

Décoction - Potion à boire & Purge gastrique	41	3012,34	385,56	48,68	1,94	32,56	1,28
Potion à boire & Purge gastrique	81	2964,81	513,68	49,05	1,91	32,93	1,89
Purge gastrique & Décoction	9	3011,11	534,89	49,78	1,85	33,67	2,87
Total	189	2969,66	486,20	48,84	2,20	32,89	2,19
p-value (Anova)		0,937 NS		0,236 NS		0,794 NS	

n : effectif ; m : moyenne ; $\pm$: écart type ; PC : Périmètre Crânien ; NS : Non Significatif.

Les résultats de la comparaison des caractéristiques physiques néonatales selon le type de traitement traditionnel utilisé par les gestantes indiquent que, les potions à boire et les purges gastriques à la fois sont les traitements traditionnels les plus utilisés par rapport aux autres types de traitement que sont les purges gastriques ; les potions à boire et les décoctions. Les nourrissons des gestantes qui s'adonnent aux potions à boire et aux purges gastriques à la fois ont un poids moyen de $2964,81 \pm 513,68$ g ; une stature moyenne de $49,05 \pm 1,91$ cm et un périmètre crânien de $32,93 \pm 1,89$ cm. Au regard des analyses statistiques, le type de traitement traditionnel utilisé n'influencerait pas les caractéristiques physiques néonatales au seuil de probabilité 0,05 (p-value, Poids= 0,937 ; Taille =0,236 ; PC = 0,794, Tableau 2).

Tableau 3 : Comparaison des caractéristiques physiques néonatales selon le nombre de CPN des gestantes

Nombre de CPN	Effectif n	Caractéristique Physique					
		Poids		Taille		PC	
		M	$\pm$	m	$\pm$	m	$\pm$
Moins de 4 CPN	84	2869,94	542,03	48,77	2,25	32,61	2,05
Plus de 4 CPN	146	3044,29	438,00	49,02	2,21	33,01	2,06
Total	230	2980,61	484,81	48,93	2,22	32,86	2,06
p-value (T-Student)		0,008 S		0,419 NS		0,158 NS	

n : effectif ; m : moyenne ; $\pm$: écart type ; PC : Périmètre Crânien ; NS : Non Significatif ; S : Significatif.

La comparaison des caractéristiques physiques néonatales selon le nombre de CPN effectué par les gestantes nous révèle que, celles ayant réalisé plus de 4 CPN ont des nourrissons qui ont un poids moyen de $3044,29 \pm 438,00$ g ; une taille moyenne de $49,02 \pm 2,21$ cm et un périmètre crânien moyen de $33,01 \pm 2,06$ cm qui sont supérieurs à celles de moins de 4 CPN avec un poids moyen de $2869,94 \pm 542,03$ g ; une stature moyenne de $48,77 \pm 2,25$ cm et un périmètre crânien de $32,61 \pm 2,05$ cm. La vérification statistique indique une différence significative entre le nombre de CPN et le poids de naissance au seuil de probabilité 0,05 (p-value, poids=0,008). En revanche, le lien entre le nombre de CPN et la taille ou le périmètre crânien est non significatif (p-value, Taille= 0,419 ; PC= 0,158, Tableau 3). Le nombre de CPN des gestantes influencerait partiellement les caractéristiques physiques néonatales.

3-2-Pratiques alimentaires de la gestante et caractéristiques physiques néonatales

Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques physiques néonatales selon les consommations alimentaires des gestantes

Pratiques de consommation alimentaire	Effectif n	Caractéristique Physique					
		Poids		Taille		PC	
		M	±	m	±	m	±
Glucides	8	3118,75	311,60	48,25	3,37	35,37	6,94
Glucides & Lipides	4	3075,00	780,49	50,25	2,21	32,50	2,38
Glucides & Protéines	84	2961,02	481,35	48,77	2,40	32,76	1,91
Glucides - Protéines & Lipides	27	2968,52	428,13	48,59	1,33	32,59	0,88
Les feuilles, fruits et légumes	5	3060,00	808,08	49,80	1,48	33,00	0,70
Lipides	10	3065,00	478,45	49,90	0,99	33,10	0,87
Protéines	3	3508,33	137,68	50,67	1,52	34,33	0,57
Protéines & Lipides	2	2925,00	459,61	49,50	0,70	32,50	0,70
Tous les groupes d'aliment	87	2955,06	496,19	48,95	2,29	32,75	1,62
Total	230	2980,61	484,81	48,93	2,22	32,86	2,06
p-value (Anova)		0,740NS		0,454NS		0,064 NS	

n : effectif ; m : moyenne ; ± : écart type ; PC : Périmètre Crânien ; NS : Non Significatif ; S : Significatif.

Le tableau 4 présente les caractéristiques physiques néonatales selon les pratiques de consommations alimentaires des gestantes. Les analyses révèlent qu'un grand nombre des gestantes (87) qui consomment tous les groupes d'aliments ont des nourrissons de poids moyen $2955,06 \pm 496,19$ g ; d'une stature moyenne de $48,45 \pm 2,29$ cm et un périmètre crânien de $32,75 \pm 1,62$ cm. Ces paramètres anthropométriques de naissance paraissent similaires à ceux des nourrissons des gestantes ayant consommé à la fois les glucides et les protéines (poids moyen est de $2961,02 \pm 481,35$ g ; une stature moyenne de $48,77 \pm 2,40$ cm et un périmètre crânien de $32,76 \pm 1,91$ cm. Les différents groupes d'aliments spécifique notamment les glucides ; les lipides ; les feuilles ; les fruits et les légumes et les protéines sont moins consommé par les gestantes. La confrontation statistique n'indique aucun lien significatif entre les caractéristiques physiques néonatales et les pratiques de consommations alimentaires des gestantes au seuil de probabilité 0,05 (p-value, Poids= 0,740 ; Taille = 0,454 ; PC= 0,064, Tableau 4). Les pratiques de consommations alimentaires des gestantes semblent loin d'influencer les caractéristiques physiques néonatales.

Tableau 5 : Comparaison des caractéristiques physiques néonatales selon les suppléments nutritifs consommés par les gestantes

Type de supplément nutritif pendant la grossesse	Effectif n	Caractéristique physique					
		Poids (g)		Taille (cm)		PC (cm)	
		M	±	m	±	m	±
Acide folique	2	2850,00	1202,08	48,50	3,53	31,50	2,12
Fer	127	2960,80	486,59	48,87	2,19	33,01	2,41

Fer et Acide folique	90	2978,00	475,10	48,80	2,27	32,73	1,52
Aucun	11	3254,55	393,35	50,73	1,27	32,45	1,50
Total	230	2980,61	484,81	48,93	2,22	32,86	2,06
p-value (Anova)		0,277 NS		0,053 S		0,519 NS	

n : effectif ; m : moyenne ; $\pm$: écart type ; PC : Périmètre Crânien ; NS : Non Significatif.

La comparaison des caractéristiques physiques néonatales selon les suppléments nutritifs consommés par les gestantes apporte des résultats spécifiques. L'on note que le fer est le supplément nutritif le plus consommé par les gestantes (127). Celles-ci présentent des nourrissons avec un poids moyen de $2960,80 \pm 486,59$ g ; une stature moyenne de $48,87 \pm 2,19$ cm et d'un périmètre crânien moyen de $33,01 \pm 2,41$ cm comparativement aux gestantes consommant les autres suppléments nutritifs en occurrence l'acide folique, fer et acide folique et ceux n'ayant pas consommé un supplément nutritif. L'analyse statistique ne révèle pas de lien significatif entre le poids, le périmètre crânien et les suppléments nutritif consommés par les gestantes pendant la grossesse au seuil de probabilité 0,05 (p-value, Poids= 0,277 ; PC=0,519, Tableau5). Néanmoins, l'on note une différence significative entre la stature de naissance et la consommation des suppléments nutritifs des gestantes (p-value, Taille= 0,053 Tableau5). Le type de supplément nutritif consommé par les gestantes influencerait partiellement les caractéristiques physiques néonatales.

Tableau6 : Comparaison des caractéristiques physiques néonatales selon les comportements alimentaires au cours de la grossesse chez les gestantes

Comportements alimentaires	Effectif n	Caractéristique Physique					
		Poids(g)		Taille (cm)		PC (cm)	
		M	$\pm$	m	$\pm$	m	$\pm$
Réduction de la quantité de repas	58	2968,10	402,37	49,14	2,25	33,02	3,06
Augmentation de la quantité de repas	172	2984,83	510,61	48,86	2,21	32,81	1,60
Total	230	2980,61	484,81	48,93	2,22	32,86	2,06
p-value (T-student)		0,821NS		0,413 NS		0,506NS	

n : effectif ; m : moyenne ; $\pm$: écart type ; PC : Périmètre Crânien ; NS : Non Significatif.

L'examen des caractéristiques physiques néonatales selon les comportements alimentaires des gestantes montre que la majorité des gestantes ont augmenté la quantité de repas. Les nourrissons issus de ces dernières ont un poids moyen de $2984,83 \pm 510,61$ cm ; une stature moyenne de $48,86 \pm 2,22$ cm et un périmètre crânien moyen de $32,81 \pm 1,60$ cm statistiquement comparable aux nourrissons des gestantes ayant réduit la quantité de repas avec un poids moyen de $2968,10 \pm 402,372$ g ; une stature moyenne de $49,14 \pm 2,25$ cm et un périmètre crânien de $33,02 \pm 3,06$ cm. L'analyse statistique n'indique pas de différence significative entre les caractéristiques physiques néonatales et les comportements alimentaires des gestantes au seuil de probabilité 0,05 (p-value, Poids=0,821 ; Taille=0,413 ; PC=0,506NS Tableau6). Les comportements alimentaires des gestantes n'influenceraient pas les caractéristiques physiques néonatales.

3-3-Fréquence des comportements à risque des gestantes et caractéristiques physiques néonatales

Tableau 7 : Comparaison des caractéristiques physiques néonatales selon les comportements à risque des gestantes

Type de comportements à risque	Effectif	Caractéristiques Physiques					
		Poids(g)		Taille (cm)		PC (cm)	
	n	M	±	m	±	m	±
Automédication	52	2947,88	521,28	48,56	2,31	32,85	2,15
Pratiques thérapeutiques traditionnelles à risques	19	3135,84	463,63	49,32	1,79	33,21	2,52
Consommation de substances nocives	146	2967,77	501,63	48,86	2,53	32,85	1,80
Charge de travail élevée	150	2944,27	494,91	48,98	2,24	32,79	1,77
Total	367	2964,05	499,57	48,89	2,35	32,84	1,88
p-value (Anova)		0,469 NS		0,595 NS		0,843 NS	

n : effectif ; m : moyenne ; ± : écart type ; PC : Périmètre Crânien ; NS : Non Significatif.

La comparaison des caractéristiques physiques néonatales selon les comportements à risque des gestantes révèle que celles-ci s'adonnent considérablement à la consommation des substances nocives (kaolin, alcool, drogues...) contrairement à celles qui adoptent d'autres comportements à risque notamment l'automédication, les pratiques traditionnelles à risque et la charge de travail élevée. Les nourrissons de celles qui s'adonnent à la consommation des substances nocives (kaolin, alcool, drogues) présentent un poids moyen de $2967,77 \pm 501,63$ g ; une stature moyenne de $48,86 \pm 2,53$ cm et un périmètre crânien moyen de $32,85 \pm 1,80$ cm. L'analyse statistique n'indique pas de différence significative entre les caractéristiques physiques néonatales et les comportements à risques des gestantes au seuil de probabilité 0,05 (p-value, $P=0,469$; Taille= $0,595$; PC= $0,843$; Tableau7). Le comportement à risques des gestantes semblent loin d'influencer les caractéristiques physiques néonatales

A l'analyse, les caractéristiques physiques néonatales ne semblent pas dépendre de la gestion des grossesses chez les jeunes filles en milieu périurbain. Ainsi, les différentes analyses statistiques révèlent d'une part qu'il n'y a pas de différence significative entre les caractéristiques physiques néonatales et les comportements alimentaires des gestantes au seuil de probabilité 0,05 (p-value, Poids= $0,821$; Taille= $0,413$; PC= $0,506$ NS Tableau6), également pas de différence significative entre le recours aux pratiques thérapeutiques des gestantes et les caractéristiques physiques néonatales au seuil de probabilité 0,05 (p-value, Poids= $0,542$; Taille= $0,178$; PC = $0,216$, Tableau 1). L'analyse statistique indique aussi qu'il n'y a pas de différence significative entre les caractéristiques physiques néonatales et les comportements à risques des gestantes au seuil de probabilité 0,05 (p-value, $P=0,469$; Taille= $0,595$; PC= $0,843$; Tableau 7).

4-Discussion

La question centrale de ce présent travail est d'examiner l'effet de la gestion de la grossesse sur des caractéristiques physiques néonatales. Les observations portant sur la relation entre la gestion de la grossesse et les caractéristiques physiques néonatales ont abouti à des résultats. Ainsi, ceux-ci révèlent que, la plupart des gestantes utilisent les centres de santé comme recours thérapeutiques. L'analyse statistique ne révèle pas de différence significative entre le recours aux pratiques thérapeutiques des gestantes et les caractéristiques physiques néonatales au seuil de probabilité 0,05 (p-value, Poids= 0,542 ; Taille= 0,178 ; PC =0,216, confère le Tableau I). En clair, les caractéristiques physiques néonatales ne semblent pas être influencées par les recours thérapeutiques des gestantes. Plusieurs facteurs explicatifs peuvent être à l'origine du lien non significatif entre les recours thérapeutiques et les caractéristiques physiques de la grossesse. Parmi ces facteurs l'on note l'âge des gestantes. La présente étude a porté sur un échantillon de jeunes gestantes ayant un âge compris entre 15 et 24 ans. Celles-ci présentent à peu près le même âge, donc elles ont tendance à développer les mêmes potentiels biophysologiques. Les gestantes ayant un potentiel biologique similaire ne peuvent pas présenter des nourrissons qui ont des caractéristiques physiques néonatales variables, comme l'indique Kouira et Djébari (2015) dans leur travail. Les résultats du travail de ces auteurs relèvent que l'âge maternel n'est pas significativement associé au poids de naissance du nouveau-né ($p=0,125$). Par contre, Luhete et al. (2015) dans l'analyse de leur travail ne vont pas dans le même sens que ces précédents auteurs. Il ressort de cette analyse que l'âge des gestantes est associé significativement aux caractéristiques physiques néonatales ($P= 0,0062$).

Les résultats de notre travail montrent également qu'il n'y a pas de lien significatif entre les caractéristiques physiques néonatales et les pratiques de consommations alimentaires des gestantes au seuil de probabilité 0,05 (p-value, Poids= 0,740 ; Taille = 0,454 ; PC= 0,064, confère le Tableau 4). C'est dans ce même sens que Kouira et Djébari (2015) s'inscrivent dans leurs analyses. Ainsi, cette analyse révèle qu'il n'existe aucune signification entre le poids du nouveau-né et la typologie alimentaire de la mère pendant la grossesse. Cette relation peut être dû au niveau de connaissance sur les pratiques alimentaires pendant la grossesse des gestantes. Les gestantes, ayant des connaissances similaires sur les pratiques alimentaires pendant la grossesse, celles-ci ont tendance à adopter un même type de comportement alimentaire et qui pourrait donner un même résultat sur les caractéristiques physiques néonatales. C'est ce qu'indique Delhay (2020) dans son travail. Elle révèle que les femmes avaient une connaissance moyenne de leur équilibre nutritionnel et du type d'aliments consommé pendant la grossesse. Dans un construit différent, Faye et al. (2016) dans leurs études, exposent que l'alimentation des gestantes pendant la grossesse a un lien significatif avec les caractéristiques physiques néonatale. Faye et al. (2016) montrent que, lorsque les apports caloriques notamment en protéine, en lipide chez la gestante sont inférieurs à 53 kcal/kg/j alors celle-ci est susceptible de donner naissance à un nouveau-né de faible poids. Dans cette même veine, Tebbani et al. (2018) révèlent que le poids moyen à la naissance du nouveau-né était de $3279,9 \text{ g} \pm 454,6$ quand la consommation hebdomadaire moyenne d'aliments d'origine animale était de 4,00 fois pour l'œuf, 1,50 fois pour la viande, 3,00 fois pour les produits laitiers, 0,50 fois pour le poisson et 5,00 fois pour l'ensemble d'aliments d'origine animale chez les femmes enceintes. Autrement

dit, la consommation des différents types d'aliment a une influence sur le poids de naissance du nouveau-né.

Les résultats de cette étude indiquent aussi qu'il n'y a pas de différence significative entre les caractéristiques physiques néonatales et les comportements à risques des gestantes au seuil de probabilité 0,05 (p-value, $P=0,469$; Taille= $0,595$; PC= $0,843$; confère le Tableau 5).

En somme, les réponses à la question relative à l'effet de la gestion de la grossesse sur l'appréciation corporelle se révèlent, considérant les résultats des travaux antérieurs et ceux obtenus dans le présent travail, la divergence de ceux-ci.

5-Conclusion

La question examinée dans cette étude transversale et analytique est relative à l'effet de la gestion de la grossesse sur les caractéristiques physiques néonatales. Cette recherche s'est effectuée sur 230 jeunes mères d'âge compris entre 10 et 24 ans, qui a permis d'évaluer la probable relation entre la gestion de la grossesse et les caractéristiques physiques néonatales. Les résultats de cette analyse montrent que les caractéristiques physiques néonatales n'observent pas de différence selon les pratiques thérapeutiques utilisées par les gestantes. Ces résultats révèlent également que, les comportements alimentaires adoptés par les gestantes ne modifient pas les caractéristiques physiques de leurs nouveau-nés. Aussi, les résultats de ce travail indiquent qu'il n'y a pas de lien entre les comportements à risques des gestantes et les caractéristiques physiques néonatales.

En somme, il semblerait qu'il n'y a pas de lien probable entre la gestion de la grossesse et les caractéristiques physiques néonatales des jeunes filles. L'observation de cette probable relation entre les variables permet d'étendre les connaissances relatives à l'effet des mécanismes de suivi de la grossesse sur les caractéristiques physiques néonatales. Cependant, le présent travail a porté sur un faible échantillon composé uniquement de 230 jeunes. Or, considérant un échantillon un peu plus important aurait permis de mieux examiner l'effet de la gestion de la grossesse sur les caractéristiques physiques néonatales. Aussi, le caractère transversal de cette analyse n'a pas permis de réaliser des observations sur les variables à travers les différentes étapes de la grossesse des gestantes. La production d'autres savoirs scientifiques portant sur un échantillon considérable et une étude de type longitudinale pourrait permettre d'examiner l'effet des variables de la gestion sur les différentes étapes de la grossesse des gestantes.

Remerciements

Les auteurs de ce présent travail remercient l'ensemble des acteurs pour leur participation à la réalisation de cette étude. Nous remercions la direction du district sanitaire d'Anyama singulièrement l'hôpital général et son personnel notamment les sage-femmes des services de vaccination et de l'évaluation de croissance pour la facilitation de la collecte des données. Nous remercions également toutes les jeunes mères ayant participé avec promptitude à l'échantillon sur lequel à porter cette étude.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

- Anoua, A.S. J., Abe, N. N., Signo, K. F., Gbane, D. C & Diabagate, K. R. C. (2018). Les mécanismes de surveillance de la grossesse dans la culture obstétricale Tagbana de Darakokaha (Côte d'Ivoire). *International Journal of Multidisciplinary Research and Development Online*, (5)12, pp58-62 ISSN: 2349-4182, Print ISSN: 2349-5979 Impact Factor: RJIF 5.72 www.allsubjectjournal.com.
- Bottani, A. & Fischer, N. (2018). La grossesse des adolescentes : quel modèle de suivi adéquat. Haute école de Santé de Genève.
file:///C:/Users/HP%20ELITE%20BOOK/Downloads/La_grossesse_des_adolescentes%20(2).pdf
- Delhay, O. (2020). L'équilibre nutritionnel et la grossesse, connaissances et informations des femmes d'Ile-De-France. *Gynécologie et obstétricale* <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03199587>
- Djolo, P. A.(2022). Habitudes alimentaires et pratiques de femmes enceintes suivies à la maternité de l'hôpital général de référence de Kindu, *IJRDO - Journal of Health Sciences and Nursing* 8(11):1-19 <https://doi.org/10.53555/hsn.v8i11.5404>
- EDS-MICS, 2013. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR272/FR272.pdf>
- Faye P.M.,Diagne Guèye.N.R., Paraiso.I.L., Ba.A.,Guèye.M., DiengY.J., Thiongane. A., Basse.I., Diaye-Diawara, N.N., Fall, A.L., Drame, M., Sy-Signaté, H., & Sarr, M. (2016). Children Hospital Center (ARNCHC) of Dakar: Incidence of extra-uterine growth retardation. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2015.11.002>.
- Kabamba. M. N., Mukalay, w. M. A., Monga, B.B., Kabyla, I.B., & Oscar Luboya, N.O. (2014). Relations entre Facteurs Socioéconomiques, Nutritionnels et Toxiques et Poids de Naissance dans la Ville de Lubumbashi. (Cas des Cliniques Universitaires, des Hôpitaux GCM/Sud et Sendwe). (2014) *Health Sci. Dis: Vol 15 (3) July* www.hsd-fmsb.org
- Kabamba, M.N., Kampinga,J. M.,Bwana,K. I.,Assumani, & K.A., Luboya,O.N.(2014). Influence de l'Age et de la Parité de la Mère sur le Poids de Naissance (Cas du Centre de Santé Shungu en RDC) *Health Sci. Dis, 15 (2), Health Sci. Dis: Vol 15 (3)* www.hsd-fmsb.org
- Kouadio, M.K.D. (2017). Tabous associés à la grossesse : une culture préventive des risques obstétricaux en pays Malinké d'Odienné (nord-ouest Côte d'Ivoire). *Antropo*, 37, 131-140. www.didac.ehu.es/antropo
- Kouadio,A.K.K., Yrobo,Y.J & LOBA, A.D.F.F.(2022). Parité des mères et profil physique des Nouveau-nées à Abidjan. *Revue Scientifique des Arts-Communication, Lettres, Sciences Humaines et Sociales*, (003)3, pp 334-343, ISSN 2710-4249 e-ISSN-2789-0031
- Kouira, R. & Djebari, A. (2015). Statut nutritionnel et socio-économique de la femme Enceinte à Constantine. Université des Frères Mentouri Constantine
file:///C:/Users/HP%20ELITE%20BOOK/Downloads/217-2015.pdf
- Luhete, P.K., Mukuku,O., & Kayamba, P.K.M. (2015). Étude du faible poids de naissance associé à l'âge maternel et la parité dans une population couple mère-enfant suivi à Lubumbashi. *Pan African Medical Journal* <https://DOI:10.11604/pamj.2015.20.246.5169>
- Loba, A. D., Yrobo, Y. J., Kouassi, K.F, & Tape, B.M. (2017). Étude comparative du poids des nouveau-nés suivant l'âge et la nationalité des mères : analyse de 2192 naissances observées au fsu com de ouassakara (yopougon-abidjan). *Cah. Santé Publique*, 17(2), pp 44-52
- Marrocco, Rémi. (2022). Implication des facteurs génétiques et environnementaux dans

la susceptibilité à l'inflammation du système nerveux central. Immunologie. Université Paul Sabatier - Toulouse III, 2022. Français. 2022TOU30132ff. fftel-03865169f

M'bra, K. D. K. (2017). Tabous associés à la grossesse : une culture préventive des risques obstétricaux en pays Malinké d'Odienné (nord-ouest Côte d'Ivoire). *Antropo*, 37, pp 131-140. www.didac.ehu.es/antropo.

Ouedraogo, N.L. (2005.) Facteurs de risque associés au retard de croissance intra utérin : étude castémoin dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso), Université Pierre & Marie Curie La science à Paris <https://www.researchgate.net/publication/282171620>

Pözlberger, E., Hartmann, B., Hafner, E., Stümpfle, I., Kirchengast, S. (2017). Maternal height and pre-pregnancy weight status are associated with fetal growth patterns and newborn size. *J Biosoc Sci*, 49 (3), pp 392-407. [https://doi : 10.1017/S0021932016000493](https://doi.org/10.1017/S0021932016000493).

Salle, B.L., & Paul VERT, P. (2013). Néonatalogie : passé et présent, (197) 6, PP 1231-1242, [file:///C:/Users/HP%20ELITE%20BOOK/Downloads/1-s2.0-S0001407919314979-main%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP%20ELITE%20BOOK/Downloads/1-s2.0-S0001407919314979-main%20(1).pdf)

Soubara Marcos Orah. (2023). Addiction et grossesse : prise en charge de la mère Et du nouveau-né. Sciences pharmaceutiques, Université d'Aix-Marseille, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04457440v1>

Tebbani, F., & Oulamara, H. (2018). Effet de l'alimentation maternelle sur le poids du Nouveau-né. *Antropo*, 40, pp 53-61. www.didac.ehu.es/antropo

© 2025 KOUAME, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 12 September 2024
Accepted, 28 April 2025
Published, 13 May 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Garanet et al. (2025). Prévalence des troubles hypertensifs de la grossesse dans un contexte de crise sécuritaire. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(1), 251-258. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.18>

Research

Prévalence des troubles hypertensifs de la grossesse dans un contexte de crise sécuritaire.

Prevalence of hypertensive disorders in pregnancy in a security crisis context.

Franck Garanet¹, Prisca B Sawadogo², Olivier O. Sombié¹, Jeoffray Diendéré¹, Adama Ouattara^{2,3}

1. Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST), Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Département Biomédical et Santé Publique, Ouagadougou, Burkina Faso.
 2. Centre Hospitalier Universitaire Bogodogo, Service de Gynéco-obstétrique, Ouagadougou ; Burkina Faso
 3. Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé, faculté de médecine, Ouagadougou, Burkina Faso
- * Correspondance : garanet.franck@gmail.com ; Tel:+226-70-22-06-11

Résumé :

Les Troubles hypertensifs de la grossesse représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité materno-fœtale, avec une prévalence mondiale de 10 à 15 %. La crise sécuritaire au Burkina Faso a entraîné un déplacement massif de population vers les villes de Kaya et de Dori depuis 2019. L'objectif de cette étude était d'estimer la prévalence des troubles hypertensifs de la grossesse dans les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) de Kaya et de Dori dans ce contexte de crise sécuritaire. Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique menée dans les services de gynécologie-obstétrique de juin 2019 à décembre 2022. Au total, 1300 parturientes avaient présenté des troubles hypertensifs. L'âge moyen était de $25,2 \pm 7,5$ ans. La prévalence de la prééclampsie sévère, de la prééclampsie modérée, de l'hypertension gravidique, de l'hypertension chronique et du Hellp syndrome étaient respectivement de 30,8%, 27,9%, 20,2%, 13,2%, 7,6% et 0,4%. Les troubles hypertensifs de la grossesse restent dominés par la prééclampsie sévère. La prévalence des troubles hypertensifs a augmenté de 2019 à 2022 dans les deux CHR abritant les zones les plus affectées par la crise sécuritaire et humaine. Dans ce contexte de crise, les soins aux femmes enceintes doivent être renforcés afin d'améliorer l'issue de la grossesse et la santé cardiovasculaire de la femme.

Mots clés : Troubles hypertensifs, Grossesse, Prévalence, Centre hospitalier régional, Kaya, Dori, Burkina Faso.

Abstract

Hypertensive disorders of pregnancy represent a major cause of maternal-fetal morbidity and mortality, with a global prevalence of 10 to 15%. The security crisis in Burkina Faso has led to a massive

displacement of population to the cities of Kaya and Dori since 2019. The objective of this study was to estimate the prevalence of hypertensive disorders of pregnancy in the Regional Hospital Centers (CHR) of Kaya and Dori in this context of security crisis. This is a retrospective study with descriptive and analytical aims conducted in the gynecology-obstetrics departments from June 2019 to December 2022. A total of 1300 parturients had presented hypertensive disorders. The mean age was 25.2 ± 7.5 years. The prevalence of severe preeclampsia, moderate preeclampsia, gestational hypertension, chronic hypertension, and HELLP syndrome were 30.8%, 27.9%, 20.2%, 13.2%, 7.6%, and 0.4%, respectively. Hypertensive disorders in pregnancy remain dominated by severe preeclampsia. The prevalence of hypertensive disorders increased from 2019 to 2022 in the two regional hospitals (CHRs) hosting the areas most affected by the security and human rights crisis. In this context of crisis, care for pregnant women must be strengthened to improve pregnancy outcomes and women's cardiovascular health.

Keywords: Hypertensive disorders, Pregnancy, Prevalence, Regional Hospital, Kaya, Dori, Burkina Faso

1. Introduction

Les troubles hypertensifs de la grossesse représentent une cause majeure de morbidité et mortalité maternelles et fœtales dans le monde, avec une prévalence touchant environ 10 à 15% des femmes enceintes (Stuart et al., 2018). On regroupe sous le terme de troubles hypertensifs de la grossesse, plusieurs pathologies distinctes : hypertension gestationnelle, hypertension chronique ou préexistante, prééclampsie /éclampsie et la prééclampsie surajoutée (Mégevand et al., 2019; Pradervand et al., 2009; « Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy », 2000).

Les manifestations et les implications des troubles hypertensifs au cours de la grossesse sont multiples, chacune d'entre elles ayant un impact sur le pronostic materno-fœtal (Fortin et al., 2012; Stuart et al., 2018). Il est rare que l'hypertension artérielle (HTA) se présente de manière isolée et elle est généralement associée à des comorbidités cardiovasculaires, telles que les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque congestive, les maladies rénales chroniques, le diabète sucré, le syndrome métabolique et la dyslipidémie (Fortin et al., 2012). Chez la femme enceinte, les comorbidités liées aux troubles hypertensifs les plus fréquentes sont : le diabète, l'anémie et les hémorragies de la délivrance, ce qui aggrave son pronostic vital. La prise en charge des multiples comorbidités nécessite des stratégies de soins efficaces plus complexes (Fortin et al., 2012; Magee et al., 2016).

L'HTA au cours de la grossesse constitue un problème majeur de santé publique en raison de sa prévalence élevée et de ses fréquentes complications fœtales et maternelles (Barnett et al., 2012; Stuart et al., 2018). Les complications maternelles des troubles hypertensifs de la grossesse comprennent le décollement placentaire (HRP), l'œdème pulmonaire, la thrombocytopénie (syndrome HELLP), l'anémie hémolytique, l'accident vasculaire cérébral, les convulsions récurrentes (éclampsie), les lésions rénales, les lésions hépatiques, etc.(Ukah et al., 2018).

En Afrique subsaharienne, plusieurs études ont été réalisées sur les troubles hypertensifs de la femme enceinte mais en dehors d'un contexte de crise sécuritaire et humanitaire. Quelques études ont rapporté des prévalences de 12,3% au Togo, 6,19% au Bénin, 8,9% en Côte d'Ivoire et 12,8% au Burkina Faso avant la crise sécuritaire (Baragou et al., 2014; Hounkponou et al., 2017). Aucune étude n'a été menée dans les régions du centre nord et du sahel qui accueillent la majorité des personnes déplacées internes du Burkina Faso. L'objectif de cette étude était d'estimer la prévalence des différents types de troubles hypertensifs de la grossesse au centre hospitalier régional (CHR) de Kaya et de Dori au Burkina Faso, dans le contexte de crise sécuritaire.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Cadre et contexte de l'étude.

L'étude a eu lieu dans les régions Centre-Nord et du Sahel du Burkina Faso qui accueillent la majorité des personnes déplacées internes du Burkina Faso à la suite de la crise sécuritaire depuis 2019.

La région du Sahel, située dans la partie nord-est du Burkina Faso, comprend les provinces de l'Oudalan, du Séno, du Soum et du Yagha. Cette région est caractérisée par un climat sahélien, avec des températures élevées et des précipitations faibles, ce qui rend l'agriculture difficile et la vie quotidienne des habitants particulièrement précaire. Elle s'étend sur une superficie officielle de 36 273 km² et abrite une population diverse, composée principalement de communautés agricoles et pastorales. La région du Centre Nord, quant à elle, regroupe les provinces du Sanmatenga, du Bam et du Namentenga. Ces provinces sont situées au centre du Burkina Faso et partagent certaines caractéristiques climatiques avec la région du Sahel, bien que les précipitations y soient légèrement plus abondantes. La superficie officielle de la région du Centre Nord est de 19 829 km². Cette région joue un rôle crucial dans l'économie nationale grâce à ses activités agricoles, notamment la culture du mil, du sorgho et du maïs, ainsi qu'à l'élevage. Les habitants de cette région sont également confrontés à divers défis, notamment l'insécurité croissante et le déplacement massif de populations dû à la crise sécuritaire. Les deux régions ont vu leur infrastructure sanitaire particulièrement sollicitée, avec les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) de Kaya et de Dori devenant des points d'accueil principaux pour les nombreuses femmes enceintes déplacées (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA, 2022).

2.2. Type et Période de l'étude

Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective à visée descriptive et analytique du 1^{er} juin 2019 au 30 juin 2022.

2.2. Population d'étude

Notre population d'étude a concerné les femmes enceintes admises pour un accouchement dans le service de maternité du CHR de Kaya et de Dori et présentant des troubles hypertensifs.

2.3. Echantillonnage

Il s'est agi d'un échantillonnage exhaustif de toutes les femmes qui ont présenté des troubles hypertensifs et qui ont accouché dans le CHR de Kaya et de Dori du 1^{er} juin 2019 au 30 juin 2022. Toutes les femmes enceintes admises dans les CHR de Kaya et de Dori pour accouchement avec des chiffres tensionnels élevés ≥ 140 mmHg pour la pression artérielle systolique et/ ou ≥ 90 mmHg pour

la pression artérielle diastolique ont été incluses dans l'étude. Les parturientes avec des données manquantes sur les chiffres tensionnels ont été exclues.

2.4. Collecte des données

Sources de données

Nous avons exploité les registres de consultations du service de maternité, les dossiers d'hospitalisation ou d'accouchement de la femme enceinte et les registres de compte rendu opératoire.

Outils et Techniques de collecte des données

Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux et du registre d'accouchement dans les services de maternité des deux CHR de l'étude. Une fiche de collecte de données numérique a été élaborée pour l'extraction des données avec le logiciel Kobo-Collect.

2.5. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies, traitées et analysées sur un micro-ordinateur à l'aide du logiciel stata (version à préciser). Quant aux traitements des données, les pourcentages ont été calculés pour les variables qualitatives et les paramètres de position (moyenne, médiane) et de dispersion (écart type, étendu) pour des variables quantitatives.

2.6. Considérations éthiques

L'anonymat des parturientes a été respecté dans l'analyse des données, seuls les identifiants ont été utilisés pour l'analyse des données. Le protocole a été soumis et approuvé par le comité d'éthique pour la recherche en santé et enregistré sous le numéro 2022-05-116 du 04 mai 2022. Une demande d'autorisation de collecte de données à partir des dossiers médicaux des patients a été adressée au Directeur Général du CHR de Kaya qui a autorisé la consultation de ces dossiers.

3. Résultats

Au total, 1300 parturientes avaient présenté des troubles hypertensifs au cours de la période dans les CHR de Kaya et Dori. Durant la période d'étude, les services de gynécologie-obstétrique des CHR de Kaya et de Dori ont reçu 10303 femmes enceintes, soit une prévalence globale de 7,9% de femmes atteintes de troubles hypertensifs de la grossesse.

3.1. Les caractéristiques de base de l'échantillon.

L'âge moyen était de $25,2 \pm 7,5$ ans. Les adolescentes représentaient 29,4%. Dans notre échantillon, 10,4% des femmes avaient un antécédent de troubles hypertensifs de la grossesse, 43,4 % étaient des primipares, 49,8% avaient bénéficié d'au moins quatre CPN, 6% avaient un antécédent de césarienne, 10,6% avaient un antécédent d'avortement spontanée et 0,9% avait un antécédent personnel de diabète (tableau1).

Tableau 1 : Caractéristiques de base de l'échantillon (N = 1300)

Variables	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Age de la patiente en année		
14 à 19	276	29,4
20 à 34	526	56
35 et plus	138	14,7
Gestité		
Primipare	551	43,4
Multipare	597	47
Grande multipare	112	9,6
Nombre de CPN		
moins de 3	371	50,2
4 et plus	368	49,8
ATCD avortement spontané		
Oui	113	10,6
Non	876	82,1
NR	78	7,3
ATCD HTA		
Oui	128	10,4
Non	1078	87,3
NR	29	2,3
ATCD Diabète		
Oui	11	0,9
Non	1204	97,4
NR	21	1,7
ATCD Césarienne		
Oui	75	6
Non	1158	92,4
NR	20	1,6
Chimioprophylaxie Anti palustre		
Oui	725	65,1
Non	116	10,4
NR	272	24,5

ATCD, antécédent ; CPN, consultation prenatale

3.2. Les prévalences des différents types de troubles hypertensifs de la grossesse.

Entre 2019 et 2022, les prévalences de l'éclampsie, de la prééclampsie sévère et de la prééclampsie modérée étaient respectivement de 2,8%, 38,7% et 21,1%. Celles de l'hypertension gestationnelle, de l'hypertension chronique et du HELLP syndrome étaient respectivement de 17%, 6% et 0,4%.

La prévalence de l'HTA non déterminée au cours de la grossesse était de 7,9%.

La prévalence de la prééclampsie est passée de 36,1 % en 2019 à 40,6% en 2022. Cette différence était statistiquement significative (tableau II).

Tableau II : Prévalence des troubles hypertensifs de la grossesse de 2019 à 2022 dans les centres hospitaliers régionaux de Dori et de Kaya (n = 1300)

Type de THG	Années

	2019 (n=158)	2020 (n = 169)	2021 (n = 251)	2022 (n = 266)	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Eclampsie	7 (4,4)	3 (1,8)	5 (2,0)	9 (3,4)	24 (2,8)
Hypertension non déterminée*	14 (8,9)	16 (9,5)	13 (5,2)	24 (9,0)	67 (7,9)
Hell syndrome	2 (1,3)	0(0,0)	1(0,4)	0(0,0)	3(0,4)
Hypertension chronique	12 (7,8)	11(6,5)	16(6,4)	12(4,5)	51(6,0)
Hypertension gestationnelle	28 (17,7)	18(10,6)	65(25,9)	32(12,0)	143(17,0)
Pré-éclampsie modérée	34 (21,5)	21(12,4)	49(19,5)	75(28,2)	179(21,2)
Pré-éclampsie surajoutée	11 (7,0)	10(5,9)	23(9,2)	6(2,3)	50(6,0)
Pré-éclampsie sévère	50 (31,6)	90(53,2)	79(31,5)	108(40,6)	327(38,7)

THG, troubles hypertensifs de la grossesse, *= L'HTA non classé, le type de troubles hypertensifs est inconnu.

4. Discussion

Les prééclampsies sévères et surajoutées

Les troubles hypertensifs le plus rapporté dans notre étude étaient les prééclampsies sévères qui représentaient 30,8% de tous les troubles hypertensifs de la grossesse pendant la période de notre étude. Cette prévalence de la prééclampsie est passée de 36,1 % en 2019 à 40,6% en 2022. La prévalence de la prééclampsie est diversement estimée par les auteurs (Baragou et al., 2014; Hounkponou et al., 2017). Elle varie selon la population étudiée, la définition utilisée, le niveau de développement du pays donné et de la méthode utilisée. Ceci explique la disparité des chiffres rapportés.

Une revue systématique et métaanalyse a rapporté en 2018 en Ethiopie a une prévalence de 5,47% de prééclampsie sévère et surajouté(Berhe et al., 2018). Cette prévalence est inférieure aux prévalences rapporté dans notre étude. Cela pourrait être dû à la qualité de la prise en charge des patientes déjà hypertendues et une prise en charge optimal de la grossesse avec plus de consultations prénatales. Donc notre contexte de déplacement de populations et de réduction des moyens d'existence, les suivis des consultations prénatales ~~est~~ sont souvent effectué par les agents de santé à base communautaire. Ce qui peut entrainer un retard dans le diagnostic des troubles hypertensifs de la grossesse.

Au Cameroun (Mboudou et al., 2009), une étude transversale sur les caractéristiques de la maladie hypertensive au cours de la grossesse a rapporté la prééclampsie comme la principale entité pathologique avec 77,88% des patientes hypertendues. Dans cette étude les prééclampsies modérée, sévère et surajoutée ont été classée dans la même groupe de prééclampsie, ce qui pourrait expliquée une prévalence supérieure à la prévalence rapporté dans notre étude.

L'hypertension gestationnelle

Dans notre étude , nous avons une prévalence de 17% de d'hypertension gestationnelle. Dans l'étude de Mboudou et al , une prévalence de 15% a été rapporté pour l'HTA gestationnelle. Cette prévalence est similaire à celle rapporté dans notre étude(Mboudou et al., 2009). Berhe et al ont rapporté une prévalence de 12, 2% parmi une cohorte de femmes atteintes de troubles hypertensifs de la grossesse(Berhe et al., 2018). Il faut noter que dans notre contexte le retard à la première CPN influent sur le diagnostic du type de THG. Ainsi , on pourrait classer certaines femmes avant les 20 semaines

d'aménorrhée comme étant des HTA gravidique diagnostiqué après les 20 semaines d'aménorrhée. Ce qui pourrait expliquer une prévalence faible de l'HTA chronique.

L'Hypertension artérielle chronique

Nous avons rapporté une prévalence de 6% de l'HTA chronique contre 0,9% rapportée par Mbpodou et al au Cameroun. Nos résultats similaires aux études réalisées au Burkina Faso pourraient s'expliquer par le non-respect des dates des consultations prénatales ; l'éloignement des centres de santé et l'insécurité qui est à l'origine de l'augmentation du stress de la population générale.

On note une augmentation significative des prééclampsies sévères de 2019 à 2022 dans les deux CHR qui sont situés dans les deux régions les plus touchées par la crise sécuritaire. Cela pourrait s'expliquer par les difficultés d'accès aux centres de santé avec des retards aux soins et un suivi insuffisant de la grossesse. En effet moins de la moitié des femmes ont fait plus de 4 CPN malgré l'élévation de leur chiffres tensionnels. De plus dans cette crise sécuritaire et humanitaire l'angoisse d'avoir un nouveau membre de la famille pourrait aussi affecter les soins aux femmes enceintes surtout en matière d'alimentation et de soutien psychologique.

Limite de notre étude

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective avec extractions des données dans le dossier d'hospitalisation. Les diagnostics rapportés ont été ceux notés dans le dossier pouvant donc entraîner des biais de classement.

Conclusion

La prévalence des troubles hypertensifs a augmenté de 2019 à 2022 dans les deux CHR abritant les zones les plus affectées par la crise sécuritaire et humaine. Dans ce contexte de crise, les soins aux femmes enceintes doivent être renforcés afin d'améliorer l'issue de la grossesse et la santé cardiovasculaire de la femme.

Remerciements

Nous remercions les agents de santé des deux CHR de Kaya et Dori qui ont extraits les données dans les dossiers d'hospitalisation dans les services de maternité et les autorités sanitaires qui ont donné leur accord pour avoir accès aux dossiers médicaux.

Conflit of Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Références bibliographiques

- Baragou, S., Goeh-Akue, E., Pio, M., Afassinou, Y. M., & Atta, B. (2014). Hypertension artérielle et grossesse à Lomé (Afrique sub-saharienne) : Aspects épidémiologiques, diagnostiques et facteurs de risque. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 63(3), 145-150. <https://doi.org/10.1016/j.ancard.2014.05.006>
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education : A cross-sectional study. *Lancet (London, England)*, 380(9836), 37-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Berhe, A. K., Kassa, G. M., Fekadu, G. A., & Muche, A. A. (2018). Prevalence of hypertensive disorders of pregnancy in Ethiopia : A systemic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 34. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1667-7>
- Fortin, M., Stewart, M., Poitras, M.-E., Almirall, J., & Maddocks, H. (2012). A systematic review of prevalence studies on multimorbidity : Toward a more uniform methodology. *Annals of Family*

- Medicine*, 10(2), 142-151. <https://doi.org/10.1370/afm.1337>
- Hounkponou, N., Codjo, L. H., Sidi, R., Dohou, S., & Ndian, K. D. (2017). *Prévalence et facteurs de risque des syndromes vasculo-rénaux en milieu hospitalier à Parakou (Bénin) en 2015*.
- Magee, L. A., Pels, A., Helewa, M., Rey, E., & von Dadelszen, P. (2016). Diagnostic, évaluation et prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse : Résumé directif. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et Gynecologie Du Canada: JOGC*, 38(12S), S426-S452. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.052>
- Mboudou, E. T., Foumane, P., Priso, E. B., Dohbit, J., Minkande, J. Z., Nkengafac, W. M., & Doh, A. S. (2009). Hypertension au cours de la grossesse : Aspects cliniques et épidémiologiques a l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaounde, Cameroun. *Clinics in Mother and Child Health*, 6(2), Article 2. <https://www.ajol.info/index.php/cmch/article/view/54323>
- Mégevand, N., Berkane, N., Martinez De Tejada, B., & Pechère-Bertschi, A. (2019). [Hypertensive disorders of pregnancy]. *Revue Medicale Suisse*, 15(662), 1603-1606.
- Pradervand, P. A., Feihl, F., Waeber, B., & Vial, Y. (2009). [Hypertension in pregnancy]. *Revue Medicale Suisse*, 5(216), 1758-1762.
- Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. (2000). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 183(1), s1-s22. <https://doi.org/10.1067/mob.2000.107928>
- Stuart, J. J., Tanz, L. J., Cook, N. R., Spiegelman, D., Missmer, S. A., Rimm, E. B., Rexrode, K. M., Mukamal, K. J., & Rich-Edwards, J. W. (2018). Hypertensive Disorders of Pregnancy and 10-Year Cardiovascular Risk Prediction. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(11), 1252-1263. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.05.077>
- Ukah, U. V., De Silva, D. A., Payne, B., Magee, L. A., Hutcheon, J. A., Brown, H., Ansermino, J. M., Lee, T., & von Dadelszen, P. (2018). Prediction of adverse maternal outcomes from pre-eclampsia and other hypertensive disorders of pregnancy : A systematic review. *Pregnancy Hypertension*, 11, 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2017.11.006>
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). (2022, novembre 25). *Burkina Faso : Situation des personnes déplacées internes (PDI) (31 octobre 2022) | OCHA*. <https://www.unocha.org/publications/report/burkina-faso/burkina-faso-situation-des-personnes-deplacees-internes-pdi-31-octobre-2022>

© 2025 GARANET, 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 13 March 2025
Accepted, 19 May 2025
Published, 21 May 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Kamissoko et al. (2025). Etude de la prévalence du portage du plasmodium chez les donneurs de sang dans le district sanitaire de Sélingué, Mali, 2023. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(1), 259-272. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.19>

Research

Etude de la prévalence du portage du plasmodium chez les donneurs de sang dans le district sanitaire de Sélingué, Mali, 2023.

Study of the prevalence of plasmodium carriage among blood donors in the health district of Sélingué, Mali, 2023.

Cheick O. KAMISSOKO*¹, Bassy COULIBALY¹, Moustapha COULIBALY¹, Kaly KEITA², Issaka SAGARA³.

1. Chercheur en Médecine Communautaire/Médecine de Famille au Centre de Santé de Référence de Sélingué, Sikasso, Mali.
2. Service de Médecine Interne Hôpital Point G, Bamako, Mali.
3. Centre de recherche et de formation sur le paludisme, Bamako, Mali.

***Auteur correspondant : Courriel :** cheickkamissoko85@gmail.com; **Téléphone :** (00223) 76 29 78 52

RÉSUMÉ :

À l'échelle mondiale, le paludisme reste l'une des infections transmises par transfusion les plus courantes. Il peut avoir de graves conséquences, car l'infection à *Plasmodium falciparum* peut rapidement s'avérer mortelle. En Afrique subsaharienne le paludisme transfusionnel est une réalité en raison de la transfusion sanguine répétée, mal ou non contrôlée et où la majorité des donneurs sont potentiellement porteurs d'hématozoaires. Cette étude avait pour objectif de déterminer la prévalence du portage asymptomatique de plasmodium chez les donneurs de sang volontaire du district sanitaire de Sélingué. Nous avons mené une étude prospective transversale portant sur 220 donneurs volontaires. L'échantillon était constitué des donneurs de sang âgés de 18 à 65 ans et pesant au moins 55 kg. Les tests diagnostiques incluaient le Test de Diagnostic Rapide (TDR), la Goutte Épaisse (GE) et le frottis mince. Notre étude trouve une prévalence du portage asymptomatique de plasmodium chez les donneurs de sang volontaire à 4 % pour la GE et 10 % pour le TDR. L'âge moyen des donneurs de sang était de 30,9 ans, le sexe masculin était plus concerné et les donneurs mariés étaient positifs dans 100% des cas. Les dons de compensation étaient les plus touchés avec un taux de positivité du TDR de 13% contre 2% de don volontaire, avec une différence statistique significative ($p = 0,01564$). Les non scolarisés étaient majoritaires avec un taux de participation de 58% dominés par les agriculteurs (51%). La goutte épaisse est revenue positive chez 33% des donneurs qui avaient fait la fièvre 4 jours avant le don. Nous confirmons le portage asymptomatique du *plasmodium* chez les donneurs de sang du district sanitaire de Sélingué. L'engagement conjugué de tous les acteurs permettra de relever les défis.

Mots clés : Prévalence, Paludisme, Sang, Sélingué

Abstract:

Globally, malaria remains one of the most common transfusion-transmitted infections. It can have serious consequences, as *Plasmodium falciparum* infection can quickly become fatal. In sub-Saharan Africa, transfusion-transmitted malaria is a reality due to repeated, poorly or uncontrolled blood transfusions, where the majority of donors are potential carriers of hematozoa. This study aimed to determine the prevalence of asymptomatic plasmodium carriage among voluntary blood donors in the Sélingué health district. We conducted a prospective, cross-sectional study of 220 voluntary donors. The sample consisted of blood donors aged 18 to 65 years and weighing at least 55 kg. Diagnostic tests included the Rapid Diagnostic Test (RDT), Thick Blood Smear (GBS), and Thin Blood Smear. Our study found a prevalence of asymptomatic *Plasmodium* carriage among voluntary blood donors at 4% for the EG and 10% for the RDT. The average age of blood donors was 30.9 years, males were more likely, and married donors were positive in 100% of cases. Compensatory donations were the most affected, with a RDT positivity rate of 13% compared to 2% for voluntary donations, with a statistically significant difference ($p = 0.01564$). The majority of non-school-aged donors participated, with a participation rate of 58%, dominated by farmers (51%). Thick blood smears returned positive in 33% of donors who had a fever 4 days prior to donation. We confirm asymptomatic *Plasmodium* carriage among blood donors in the Sélingué health district. The combined commitment of all stakeholders will help address these challenges.

Keywords: Prevalence, Malaria, Blood, Sélingué

I. INTRODUCTION

Le paludisme transfusionnel résulte de la transmission du parasite *Plasmodium* au receveur par la transfusion de globules rouges totaux ou de concentrés globulaires provenant d'un donneur infecté (Verra et al., 2018). Les transfusions sanguines infectées libèrent directement les parasites du paludisme dans la circulation sanguine du receveur, déclenchant le développement de complications à haut risque et pouvant être fatal, en particulier chez les personnes n'ayant jamais été exposées au paludisme ou chez les patients immunodéprimés (Verra et al., 2018). Le paludisme est due à un parasite du genre *Plasmodium* qui se transmet généralement par la piquûre d'un moustique (anophèle femelle infecté). Il existe 5 espèces de *Plasmodium* responsables du paludisme chez l'homme : *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale*, *Plasmodium malariae* et *Plasmodium knowlesi* (OMS, 2022).

Le nombre de cas de paludisme en 2021 dans le monde, était estimé à 247 million selon le rapport 2022 de l'OMS (OMS, 2022).

Le nombre de décès imputables au paludisme s'élève à 619 000 en 2021, la région africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) supporte une part importante et disproportionnée de la charge mondiale du paludisme. En 2020, 95% des cas de paludisme et 96% des décès dus à la maladie ont été enregistrés dans cette Région, les enfants de moins de 5 ans représentaient, d'après les estimations, 80% de l'ensemble des décès dus au paludisme dans la Région (World Health Organization(WHO, 2020).

Au Mali, le paludisme demeure un réel problème pour la santé publique et représente le premier motif de consultation dans les établissements de santé selon le SNIS (Système National d'Information Sanitaire) (tropicale, s. d. 2021). En 2021, le paludisme a été la première cause de morbidité (34%) et de mortalité (22 %) au Mali avec 3 204 130 cas confirmés enregistrés dont 2 156 200 cas simples et 1 047 930 cas graves avec 1 480 décès. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont les groupes les plus touchés et les plus vulnérables (tropicale, s. d.). Selon le Système Local d'Information Sanitaire (SLIS), la région de Sikasso en 2021 a enregistré 87 131 cas confirmés de paludisme dont 7 813 cas pour le district sanitaire de Sélingué.

Bien que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que le sang destiné à la transfusion soit soumis à un dépistage des infections transmissibles par transfusion sanguine. Le dépistage du paludisme n'est pas effectué dans la plupart des pays d'endémie palustre d'Afrique subsaharienne (ASS) (Nansseu et al., 2013). En Afrique subsaharienne, la prévalence de la parasitémie paludique parmi les donneurs de sang varie entre 0,6 % et 50 % (Owusu-Ofori et al., 2013).

La plupart des pays où le paludisme n'est pas endémique suivent la règle d'exclusion des donneurs pour 3 années après l'infection. Ces critères ne peuvent pas être suivi dans le domaine endémique puisque la majorité de la population est continuellement exposée à cette infection (Choudhury et al., 1991).

À l'échelle mondiale, le paludisme reste l'une des infections transmises par transfusion les plus courantes (Kitchen & Chiodini, 2006). Il peut avoir de graves conséquences, car l'infection à *Plasmodium falciparum* peut rapidement s'avérer mortelle (Kitchen & Chiodini, 2006). Face à ce problème, des études ont été menées dans plusieurs pays pour déterminer la prévalence du paludisme parmi les donneurs de sang, notamment celles menées à Malabo, en Guinée

équatoriale entre juillet et août 2017, sur un total de 200 donneurs a montré une prévalence de paludisme de 6.5 % (test de diagnostic rapide) et 2,0%(Goutte épaisse) (Diop et al., 2009a). Entre Mai et juillet 2018, une étude était réalisée dans 2 (deux) régions en Ouganda (Kampala et Jinja), sur 1 000 donateurs, la PCR imbriquée a été utilisée comme technique diagnostique de paludisme ; cette étude a montré une prévalence de 15.4 % à Kampala et 87,7 % à Jinja ; les infections étaient dues à *P. falciparum* , *P. malaria* et *P. ovale* . 4,3 % des donneurs de sang présentaient des infections mixtes avec plusieurs espèces (Kouriba et al., 2017).

Une autre étude menée au Sénégal porte sur 3001 donneurs de sang entre (Juin Juillet 2003) et (octobre-novembre 2003) ont montré que la prévalence des anticorps anti-plasmodium était de 65,3 % et de pLDH l'antigène était de 0,53% et la positivité a été confirmée par microscopie (film épais) ; la majorité cas positifs a été enregistré pendant la saison des pluies (Schindler, 2019).

Une étude menée à Bamako, la capitale du Mali au centre national de transfusion sanguine, sur un échantillon aléatoire de 946 donateurs depuis Janvier 2011 à Décembre 2011 a montré que la prévalence de l'infection paludique parmi les donneurs de sang était de 1,4 % par baisse et 0,8 % par test de diagnostic rapide (TDR) (Murphy et al., 2020a).

La prévalence de l'infection à *Plasmodium falciparum* était plus élevée pendant la saison des pluies et était de 2 % (Murphy et al., 2020a). Toutes ces études montrent le problème du portage du *Plasmodium* chez les donneurs de sang.

Au Mali, malgré les efforts déployés pour assurer la sécurité transfusionnelle, le diagnostic du paludisme n'est pas pris en compte dans les bilans pré-don. Aucune étude n'a été réalisée dans le district sanitaire de Sélingué (zone d'endémie palustre) pour déterminer la prévalence du paludisme chez les donneurs de sang. C'est dans ce contexte que la présente étude vise à déterminer la prévalence de l'infection palustre chez les donneurs de sang dans le district sanitaire de Sélingué.

En 2020, la région de Sikasso a enregistré 2 309 donneurs de sang (selon le rapport SILS 2021 de la région de Sikasso) (*AnnuaireSNISS_2021.pdf*, s. d.). La part du district sanitaire de Sélingué était de 680 donneurs de sang (*AnnuaireSNISS_2021.pdf*, s. d.). Cependant, après le don, toutes les poches ont été distribuées sans avoir subi de dépistage du paludisme.

Sélingué étant une zone de forte transmission palustre aucune étude n'a été menée sur le dépistage systématique du paludisme dans le centre de transfusion.

Dans un contexte où la transmission transfusionnelle reste négligée, il est essentiel de réaliser cette étude préliminaire pour déterminer la prévalence du portage du plasmodium chez les donneurs de sang dans le district sanitaire de Sélingué, région de Sikasso, Mali.

II. Matériels et méthodes

2.1. Cadre de l'étude :

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la recherche du niveau de la prévalence du portage de parasite du plasmodium chez les donneurs de sang dans le district sanitaire de Sélingué.

2.2. Lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée dans la commune de Baya, district Sanitaire de Sélingué. Les prélèvements et le traitement des échantillons ont été effectués dans le laboratoire du centre de santé de référence de Sélingué.

2.3. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective transversale qui s'est déroulée dans le district sanitaire de Sélingué.

2.4. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée entre le 13 Novembre 2021 et le 13 Février 2022.

2.5. Variables utilisées :

Les variables utilisées étaient :

- Code d'identification unique ;
- L'âge, Sexe ;
- Don de compensation (c'est le type de don où le donneur vient remplacer le sang qui a été donné par une structure de transfusion à son parent malade) ;
- Don volontaire (c'est le type de don où le donneur vient donné volontaire du sang à une structure de transfusion)
- Statut matrimonial, Niveau d'éducation, Profession ;
- Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (MILD) chez les donneurs ;
- Notion de fièvre 4 jours avant le don ;
- Notion de prise de médicaments anti palustre 15 jours avant le don de sang ;
- résultats du TDR care start, de la goutte épaisse et du frottis mince.

2.6. Matériels et réactifs utilisés

Nous avons utilisé les matériels et réactifs ci-dessous :

- Chaise de prélèvement ;
- Lancettes ;
- Cotons ;
- Lames ;
- Marqueur ;
- Bac de coloration ;
- Portoir métallique ;
- Chronomètre ;
- Microscope binoculaire ;
- Compteur manuel ;
- Ordinateur ;
- Les fiches de sélection médicales ;
- Les fiches d'enquêtes ;
- Registre du laboratoire ;
- Boîte de conservation (type OMS) des GE/FM;
- Kit TDR care start ;
- Boîte d'engrangement des TDR ;Alcool à 70⁰C ;
- Méthanol ;
- Eau tamponnée ; Giemsa (sigma).

2.7. Population d'étude :

Elle était constituée par les donneurs de sang reçus au laboratoire du centre de santé de référence de Sélingué durant la période d'étude.

2.8. Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon n'a pas été déterminée à l'avance, elle a été en fonction du nombre de donneur reçu au laboratoire durant la période d'étude.

2.9. Critères d'inclusion :

- Toute personne appartenant la tranche d'âge de (18-65ans) et de poids ($\geq 55\text{kg}$) ;
- Exprimer son consentement pour le don de sang ;
- Réussir la sélection clinique pour le don de sang selon les critères de sélection définie par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) de Bamako/Mali.

2.10. Critères de non inclusion

- Les personnes vivant avec le VIH ; l'Hépatite B ; l'Hépatite C ; la Syphilis ;
- Les Drépanocytaires ;
- Les porteurs des maladies cardio-vasculaires, pulmonaires, digestives rénaux, nerveux ;
- Les femmes enceintes ;
- Les femmes en menstruations ;
- Les femmes allaitantes.

2.11. Plan de collecte des données

2.11.1. Outils de collecte des données :

Les outils de collecte étaient constitués de :

- Formulaires de sélection clinique pour le don de sang ;
- Fiches de collecte des données ;
- Registre du laboratoire ;

2.11.2. Techniques de collecte des données

- Nous avons utilisé un formulaire pour la sélection des donneurs selon les critères de sélection définis par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) du Mali
- L'entretien avec les donneurs(es) à l'aide d'une fiche de collecte préétablie à cet effet.
- La réalisation d'un TDR (paludisme), d'une goutte épaisse et d'un frottis mince.

2.12. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies sur un fichier Excel et analysées sur le logiciel R Version 4.0.3 (2020- 10-10). Les variables qualitatives ont été analysées en utilisant le test de χ^2 et le test exact de Fisher a été utilisé dans le cas échéant avec un seuil de signifiante α égal 5%. A l'aide de l'analyse par correspondance multiple (ACM), les relations dominantes entre les variables ont été déterminées. La régression logistique multivariée à l'aide d'une procédure pas à pas descendante a été utilisée pour déterminer les variables liées à l'infection palustre chez les donneurs. Ainsi, les rapports d'association entre la goutte épaisse, le TDR et les variables ont été déterminés dans le model final sélectionné.

2.13. Aspect éthique :

Le consentement éclairé des donneurs a été obtenu, et la confidentialité des données a été respectée. Aucune divulgation des informations nominatives n'a eu lieu, et l'autorisation du médecin chef a été obtenue pour l'utilisation des données.

III. Résultats :

Nous avons testé 220 donneurs, 88% d'hommes et 12% de femmes, avec un âge moyen de 30,9 ans, et un taux de positivité du TDR était supérieur (10%) par rapport à la GE/FM (4%). La parasitémie moyenne était de 1250 parasites par microlitre de sang et 100% des espèces plasmodiales identifiées étaient *Plasmodium falciparum* avec 0,5% de gamétocytes associés.

Tableau I : Répartition de donneurs de sang en fonction des variables étudiées

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Sexe		
Mâle	194	88
Féminin	26	12
Âge , minimum = 18 années, maximum = 56 ans, moyenne = 30,9 années		
Niveau d'éducation		
Non scolarisé	128	58
Cycle primaire/secondaire	44	20
Secondaire	23	11
Supérieur	16	7
coranique	9	4
Type de don		
Volontaire	55	25
Compensation	165	75
État matrimonial		
Marié	173	79
Célibataire	47	21
Veuve	0	0
Divorce	0	0
Profession		
Fermier	113	51.4
Commerçant	23	10.5
Officiel	6	2.7
Employé de privé	10	4.5
Artisan	2	0,9
Ménage	6	2.7
Élève/étudiant	16	7.3
Sans emploi	6	2.7
Autres	38	17.3
Dormir sous moustiquaire		
Oui	210	95
Non	10	5
Fièvre 4 jours avant le don		
Oui	6	3
Non	214	97
Prise anti-palustre 15 jours avant le don		
Oui	15	7
Non	205	93

Parmi les 220 donneurs de sang testé, 88% étaient des hommes contre 12% des femmes, 58 % n'étaient pas scolarisé, 51% agriculteurs, 75% étaient donateurs de compensation contre 25%

de donateurs bénévoles, 95% avaient dormi sous moustiquaires la nuit dernière, 3% avaient fait la fièvre 4 jours avant le don de sang et 7 % ont pris un antipaludique 15 jours avant le don.

Tableau II : Répartition des résultats du TDR en fonction du type de don de sang

TDR	Type de don	
	Volontaire 25%	Compensation 75%
Négatif	54 (98%)	143 (87%)
Positif	1(2%)	22 (13%)

X-carré = 5,8427; p = 0,01564

La majorité des cas positifs de TDR ont été trouvés parmi les donneurs de sang rémunérés, avec un test statistique de signification (p = 0,01564).

Tableau III : Répartition des résultats du TDR en fonction de la prise d'anti-palustre 15 jours avant de donner du sang

TDR	Prise d'anti-palustre 15 jours avant de donner du sang	
	Oui 7%	Non 93%
Négatif	2 (13%)	195 (95%)
Positif	13 (87%)	10 (5%)

X-carré corrigé de Yates = 99,876; p< 2.2e- 16

Le taux de positivité du TDR le plus élevé (87 %) a été observé chez les donneurs de sang ayant reçu un traitement antipaludique 15 jours avant le don, avec un test statistique significatif (p=0,000).

Tableau IV : Répartition des résultats du frottis épais selon les types de don de sang.

GE	Types de don	
	Volontaire 25%	Compensation 75%
Négatif	55 (100%)	156 (95%)
Positif	0 (00%)	9 (5%)

X-carré corrigé de Yates = 3,128; p = 0,07696

Seul les donneurs de compensation n'avaient de gouttes épaisses positives, avec un test statistique non significative (p = 0,07696).

Tableau V : Répartition des résultats de la goutte épaisse en fonction de la fièvre

GE	Fièvre 4 jours avant don de sang	
	Oui	Non
	3%	97%
Négatif	4 (67%)	207 (97%)
Positif	2 (33%)	7 (3%)
X-carré corrigé de Yates = 13.443; p = 0,0002459		

Le taux de positivité le plus élevé à la goutte épaisse (33 %) a été observé chez les donneurs de sang ayant présenté de la fièvre dans les quatre jours précédant le don, avec une différence statistiquement significative (p = 0,0002459).

Tableau VI : Répartition des résultats de la goutte épaisse selon le statut dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée

GE	Statut dormir sous une moustiquaire	
	Oui	Non
	95%	5%
Négatif	202 (96%)	9 (90%)
Positif	8 (4%)	1(10%)
X-carré corrigé de Yates = 0,93232; p = 0,3343		

Les donneurs de sang n'ayant pas dormi sous moustiquaire la nuit précédente présentaient un taux de positivité à la goutte épaisse plus élevé (10 %) comparé à ceux qui en ont utilisé une moustiquaire (4 %).

Tableau VII : Comparaison des résultats de TDR (care start) par rapport à la GE

TDR	GE		
	Négatif	Positif	Total
Négatif	197(89,6%)	0(0%)	197(89,6%)
Positif	14(6,4%)	9(4%)	23(10,4%)
Total	211(96%)	9(4%)	220(100%)

Discordance entre TDR et GE dans 6,4% (TDR positif mais GE positif).

Tableau VIII : Performance diagnostic du TDR (care start)

TDR	Valeur
Sensibilité	100%
Spécificité	93%
Valeur prédictive positive	39%
Valeur prédictive négative	100%

La sensibilité au TDR a été de 100% et la valeur prédictive positive était de 39 %.

IV. Discussion

Nous avons mené une étude prospective transversale auprès des donneurs de sang du district sanitaire de Sélingué. Les deux techniques de diagnostic biologique utilisé étaient le TDR et la GE qui est la technique de référence recommandée par l'OMS.

Nous avons obtenu une prévalence globale de 14% de portage du plasmodium. Cependant, la prévalence plus élevée obtenue par la méthode du test de diagnostic rapide (TDR) par rapport à la GE peut s'expliquer par la persistance de la glycoprotéine HRPII plus 15 jours dans le sang alors que le parasite n'est plus visible en microscopie.

Comparaison avec la littérature :

Une

revue de la littérature en Afrique subsaharienne a montré que la prévalence de la parasitémie du paludisme chez les donneurs de sang varie entre 0,6 % et 50 % (Bassandja et al., 2014). La prévalence obtenue par notre étude se trouve dans l'intervalle défini par cette revue de la littérature. L'étude réalisée à Douala, au Cameroun, sur un total de 250 donneurs a montré une prévalence du paludisme chez les donneurs de sang de 2,80% (Okalla Ebongue et al., 2017). Ces résultats sont inférieurs à ceux obtenus par notre étude. En revanche, dans une autre étude réalisée dans 2 (deux) régions d'Ouganda (Kampala et Jinja) sur 1000 donneurs, la PCR imbriquée a été utilisée comme technique de diagnostic du paludisme ; étude a trouvé une prévalence de 15,4 % à Kampala et de 87,7 % à Jinja (Murphy et al., 2020b). Ces résultats sont supérieurs à ceux obtenus par notre étude, ceci peut s'expliquer par la sensibilité et la spécificité plus élevées de la PCR imbriquée, cette sensibilité et spécificité élevées de la PCR imbriquée s'expliquent par le fait que cette méthode est basée sur la détection du matériel génétique du parasite contrairement à la goutte épaisse et au RDT.

L'étude menée au Sénégal sur 3001 donneurs de sang relative à la recherche d'anticorps anti-Plasmodium a montré une prévalence de 65,3% (Diop et al., 2009b). Ce résultat est supérieur aux résultats obtenus par notre étude, et la recherche de l'antigène pLDH au Sénégal a montré une prévalence de 0,53 %, (Diop et al., 2009a). Inférieur aux résultats obtenus par notre étude. Cette différence de résultat peut s'expliquer par la différence de sensibilité et spécificité entre les techniques utilisées.

D'autre part, l'étude menée à Bamako sur 946 donneurs de sang a montré une prévalence de 1,4 % par la goutte épaisse et 0,8% par TDR (*MIS40.pdf*, s. d.). Ces résultats sont inférieurs à celui de notre étude, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que le district sanitaire de Sélingué abrite un barrage hydroélectrique et une zone rizicole qui sont des facteurs favorisant la multiplication et le développement des moustiques.

Par ailleurs notre étude a montré une concordance de résultats entre les deux tests de diagnostic (TDR et GE) soit 4% des échantillons (GE-positif, TDR-positif) et 89,6% d'échantillon (GE-négatif, TDR-négatif) et une discordance des résultats, soit 6,4 % de discordance (GE-négatif, TDR-positif).

L'étude a montré aussi une sensibilité du TDR (care start) à 100 %. Ce taux se situe dans la plage d'acceptabilité recommandée par l'OMS pour un TDR (sensibilité > 95%) (*Critères de choix recommandés pour l'achat de tests de diagnostic rapide du paludisme*, s. d.). Cette sensibilité est supérieure à celui de Badiane et al. qui avait trouvé une sensibilité de 90,4% dans une étude comparative entre TDR et GE au Sénégal (Badiane et al., 2022).

Notre spécificité était 93%. Ce résultat est inférieur à celui de S. Traoré qui a trouvé une spécificité de 99,52% dans une étude sur l'évaluation du test de diagnostic rapide (Bioline - Malaria-Ag Pf®) au laboratoire d'analyses biomédicales Biolab 3-SARL (21P19.pdf, s. d.).

Cette faible spécificité pourrait être expliqué par le taux élevé de faux positifs qui est exigible à la persistance de la protéine HRP-2 dans le sang, plusieurs semaines après la disparition des parasites chez les donneurs de sang ayant reçu un traitement antipaludique avant de venir donner du sang.

Selon nos résultats obtenus par le programme TDR (Care Start), la valeur prédictive positive était de 39%. Cette faible valeur pourrait être liée au nombre élevé de faux positifs.

Interprétation des discordances TDR/GE :

Les

discordances observées entre les résultats des TDR et des tests de confirmation par électrophorèse peuvent être dues à une faible sensibilité des TDR pour certaines hémoglobinopathies, à la présence de variants ou à des interférences biologiques. Cela souligne la nécessité d'utiliser des méthodes de référence plus sensibles pour les diagnostics confirmatoires.

Limites de l'étude :

Absence

de recours à une méthode de référence supérieure (ex : PCR, séquençage) pour trancher) ;

Un seul centre, ce qui peut introduire un biais institutionnel (organisation, pratiques locales, formation du personnel...).

Conclusion :

Au total 220 donneurs de sang ont subi les deux essais. Parmi eux, 10% étaient positif à TDR et 4 % étaient positifs à la goutte épaisse. La concordance des résultats entre les deux tests diagnostiques (TDR et GE) était 4 % des échantillons (GE-positifs, TDR-positifs) et 89,6 % des échantillons (GE-négatifs, TDR-négatifs), et la discordance des résultats était de 6,4 % des échantillons (GE-négatif, TDR-positif). Leur sensibilité était 100% avec le TDR (début de prise en charge) et la spécificité étaient de 93%. Cependant, ces résultats confirment le portage asymptomatique du *plasmodium* chez les donneurs de sang du district sanitaire de Sélingué.

Recommandations pour la pratique transfusionnelle :

- Intégrer un dépistage systématique du paludisme (TDR ou GE) chez les donneurs de sang dans les zones endémiques.

- Renforcer les critères de sélection des donneurs, en particulier exclure temporairement ceux ayant récemment présenté de la fièvre.

- Former le personnel des centres de transfusion sur les risques de transmission du plasmodium et les stratégies de prévention.

- Encourager l'usage généralisé des moustiquaires imprégnées chez les populations à risque, y compris les donneurs potentiels.

- Promouvoir les dons volontaires non rémunérés, qui ont montré une plus faible prévalence du paludisme.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet :

- Le paludisme transmis par transfusion est un problème de santé publique important dans les régions où le paludisme est endémique.
- Des études réalisées dans divers pays d'Afrique subsaharienne font état de taux variables de prévalence du plasmodium chez les donneurs de sang, ce qui met en évidence le risque persistant d'infections transmises par transfusion.

Recommandations pour la pratique transfusionnelle :

- Intégrer un dépistage systématique du paludisme (TDR ou GE) chez les donneurs de sang dans les zones endémiques.
- Renforcer les critères de sélection des donneurs, en particulier exclure temporairement ceux ayant récemment présenté de la fièvre.
- Former le personnel des centres de transfusion sur les risques de transmission du paludisme et les stratégies de prévention.
- Encourager l'usage généralisé des moustiquaires imprégnées chez les populations à risque, y compris les donneurs potentiels.
- Promouvoir les dons volontaires non rémunérés, qui ont montré une plus faible prévalence du paludisme.

Ce que cette étude ajoute :

- Cette étude fournit les premières données sur la prévalence du plasmodium chez les donneurs de sang dans le district sanitaire de Sélingué, au Mali.
- Il identifie les principaux facteurs de risque associés à la parasitémie du paludisme au niveau du district sanitaire de Sélingué, tels que les dons de sang compensatoire et la non-utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action.

Conflit d'intérêts :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références :

Bibliothèque de Santé du Mali. (s. d.). 21P19 [PDF]. Consulté le 12 mars 2025, à l'adresse <https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/4659/21P19.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ministère de la Santé du Mali. (s. d.). Annuaire SNISS 2021 [PDF]. Consulté le 12 mars 2025, à l'adresse http://www.sante.gov.ml/docs/AnnuaireSNISS_2021.pdf

Badiane, A., Thwing, J., Williamson, J., Rogier, E., Diallo, M. A., & Ndiaye, D. (2022).

- Sensitivity and specificity for malaria classification of febrile persons by rapid diagnostic test, microscopy, parasite DNA, histidine-rich protein 2, and IgG : Dakar, Senegal 2015. *International Journal of Infectious Diseases*, 121, 92-97.
<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2022.04.060>
- Bassandja, J. O., Agasa, S. B., & Likwela, J. L. (2014). Prévalence du portage asymptomatique du plasmodium chez les donneurs bénévoles de sang à Kisangani, République Démocratique du Congo. *Pan African Medical Journal*, 17.
<https://doi.org/10.11604/pamj.2014.17.320.3778>
- Choudhury, N., Jolly, J. G., Ganguly, N. K., Mahajan, R. C., & Dubey, M. L. (1991). Plasmodial antigen detection by monoclonal antibody as a screening procedure for blood donors in transfusion medicine. *Journal of the Indian Medical Association*, 89(12), 334-336, 333.
- Critères de choix recommandés pour l'achat de tests de diagnostic rapide du paludisme.* (s. d.).
- Diop, S., Ndiaye, M., Seck, M., Chevalier, B., Jambou, R., Sarr, A., Dièye, T. N., Touré, A. O., Thiam, D., & Diakhaté, L. (2009a). Prévention du paludisme post-transfusionnel en zone d'endémie. *Transfusion Clinique et Biologique*, 16(5), 454-459.
<https://doi.org/10.1016/j.traccli.2009.02.004>
- Diop, S., Ndiaye, M., Seck, M., Chevalier, B., Jambou, R., Sarr, A., Dièye, T. N., Touré, A. O., Thiam, D., & Diakhaté, L. (2009b). Prévention du paludisme post-transfusionnel en zone d'endémie. *Transfusion Clinique et Biologique*, 16(5), 454-459.
<https://doi.org/10.1016/j.traccli.2009.02.004>
- Kitchen, A. D., & Chiodini, P. L. (2006). Malaria and blood transfusion. *Vox Sanguinis*, 90(2), 77-84. <https://doi.org/10.1111/j.1423-0410.2006.00733.x>
- Kouriba, B., Diarra, A. B., Douyon, I., Diabaté, D. T., Kamissoko, F., Guittaye, H., Baby, M., Guindo, M. A., & Doumbo, O. K. (2017). Prévalence du paludisme à *P. falciparum* chez les donneurs de sang à Bamako, Mali. *Transfusion Clinique et Biologique*, 24(2), 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.traccli.2017.03.002>
- MIS40.pdf.* (s. d.). Consulté 12 mars 2025, à l'adresse
<https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/MIS40/MIS40.pdf>
- Murphy, K. J., Conroy, A. L., Ddungu, H., Shrestha, R., Kyeyune-Byabazaire, D., Petersen, M. R., Musisi, E., Patel, E. U., Kasirye, R., Bloch, E. M., Lubega, I., John, C. C., Hume, H. A., & Tobian, A. A. R. (2020a). Malaria parasitemia among blood donors in Uganda. *Transfusion*, 60(5), 955-964. <https://doi.org/10.1111/trf.15775>
- Murphy, K. J., Conroy, A. L., Ddungu, H., Shrestha, R., Kyeyune-Byabazaire, D., Petersen, M. R., Musisi, E., Patel, E. U., Kasirye, R., Bloch, E. M., Lubega, I., John, C. C., Hume, H. A., & Tobian, A. A. R. (2020b). Malaria parasitemia among blood donors in Uganda. *Transfusion*, 60(5), 955-964. <https://doi.org/10.1111/trf.15775>
- Nansseu, J. R. N., Noubiap, J. J. N., Ndoula, S. T., Zeh, A. F. M., & Monamele, C. G. (2013). What is the best strategy for the prevention of transfusion-transmitted malaria in sub-Saharan African countries where malaria is endemic? *Malaria Journal*, 12(1), 465.
<https://doi.org/10.1186/1475-2875-12-465>
- Okalla Ebongue, C., Ngouadjeu Dongho, E., Texier, G., Nda Mefo'o, J.-P., Sume Etapelong, G., Ayong, L., & Eboumbou Moukoko, C. E. (2017). Residual risk of transfusion-

- transmitted malaria infection in a malaria endemic sub-Saharan African setting. *Translational Medicine Communications*, 2(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s41231-017-0013-9>
- Organization, W. H. (2022). *WHO Malaria Policy Advisory Group (MPAG) meeting, October 2022*. World Health Organization.
- Owusu-Ofori, A. K., Betson, M., Parry, C. M., Stothard, J. R., & Bates, I. (2013). Transfusion-transmitted malaria in Ghana. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 56(12), 1735-1741. <https://doi.org/10.1093/cid/cit130>
- Schindler, T. (2019). *Molecular monitoring of the diversity of human pathogenic malaria species in blood donations on Bioko Island, Equatorial Guinea*.
- tropicale, A. S. (s. d.). *Mali : Plus de trois millions de cas de paludisme confirmés en 2022*. Consulté 10 mars 2025, à l'adresse https://www.santetropicale.com/sites_pays/actus.asp?id=33502&action=lire&rep=mali
- Verra, F., Angheben, A., Martello, E., Giorli, G., Perandin, F., & Bisoffi, Z. (2018). A systematic review of transfusion-transmitted malaria in non-endemic areas. *Malaria Journal*, 17, 36. <https://doi.org/10.1186/s12936-018-2181-0>
- World Health Organization(WHO). (s. d.). *World malaria report 2020*.

© 2025 GARANET, 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 6 March 2025
Accepted, 3 June 2025
Published, 4 June 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Akabile, A.M. (2025). Savoirs traditionnels et suivi prénatal : La CPN précoce traditionnelle au premier trimestre de la grossesse chez les Agni Djuablin (Côte d'Ivoire). *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(1), 273-287. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.20>

Research

Savoirs traditionnels et suivi prénatal : La CPN précoce traditionnelle au premier trimestre de la grossesse chez les Agni Djuablin (Côte d'Ivoire)

Traditional knowledge and prenatal monitoring: Traditional early CPN in the first trimester of pregnancy among the Agni Djuablin (Côte d'Ivoire)

Attia Michel AKABILE

Département d'Anthropologie et de Sociologie, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire, Bouaké

Correspondance :email : attiamichelakabile@gmail.com; Tel : +225 05-54-49-67-81

Résumé

La prise en charge de la grossesse repose sur les soins prénatals, mais en milieu Agni Djuablin, ces soins ne se limitent pas à la médecine moderne. Cette recherche analyse la Consultation Périnatale (CPN) traditionnelle précoce au premier trimestre, en mettant en évidence son organisation, ses pratiques thérapeutiques et les motivations des femmes qui y adhèrent. Une approche qualitative a été adoptée, avec des entretiens semi-directifs menés auprès de 03 matrones, 02 tradipraticiens et 15 femmes enceintes. L'échantillonnage raisonné a permis d'identifier les acteurs clés et d'analyser leurs perceptions et pratiques. Les résultats montrent que la CPN traditionnelle suit un protocole structuré. Dès le premier mois, les femmes entreprennent une purification de l'utérus pour favoriser l'implantation embryonnaire. Au deuxième mois, des soins stabilisent la grossesse et préviennent les fausses couches, tandis qu'au troisième mois, l'accent est mis sur le renforcement du corps et la prévention des complications. Trois facteurs expliquent l'adhésion à ces pratiques : l'accessibilité économique, l'efficacité perçue des soins, et leur ancrage culturel, qui inscrit la grossesse dans un équilibre entre prise en charge physique, spirituelle et sociale. Ces résultats soulignent la complémentarité entre médecine traditionnelle et moderne et plaident pour une meilleure intégration des savoirs locaux dans les stratégies de santé publique afin d'améliorer l'accès aux soins prénatals en Côte d'Ivoire.

Mots-clés : Consultation périnatale traditionnelle, Agni Djuablin, médecine traditionnelle, matrones, Côte d'Ivoire, suivi de grossesse.

Abstract

Pregnancy care is grounded in antenatal services; however, among the Agni Djuablin people, such care extends beyond modern medicine. This study examines early traditional Antenatal Consultation (CPN) during the first trimester, highlighting its organisation, therapeutic practices, and the motivations of the women who engage with it. A qualitative approach was

adopted, involving semi-structured interviews with three matrons, two traditional practitioners, and fifteen pregnant women. Purposive sampling was employed to identify key participants and to analyse their perceptions and practices. Findings reveal that traditional CPN follows a structured protocol. From the first month, women undergo uterine purification to promote embryonic implantation. In the second month, specific treatments aim to stabilise the pregnancy and prevent miscarriage, while in the third month, the focus shifts to strengthening the body and preventing complications. Three main factors explain adherence to these practices: economic accessibility, perceived effectiveness of the treatments, and strong cultural anchoring, which positions pregnancy care within a holistic balance of physical, spiritual, and social wellbeing. These findings highlight the complementarity between traditional and modern medicine and advocate for better integration of local knowledge into public health strategies to improve access to antenatal care in Côte d'Ivoire.

Keywords : Traditional prenatal consultation, Agni Djuablin, traditional medicine, matrons, Côte d'Ivoire, pregnancy monitoring.

1. Introduction

Les consultations prénatales (CPN) sont un levier fondamental pour la santé maternelle et infantile, permettant de réduire les risques de complications au cours de la grossesse et d'assurer une prise en charge optimale des femmes enceintes. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande un minimum de huit CPN afin d'optimiser la surveillance de la grossesse et de prévenir les complications (OMS, 2021, p. 15).

En Côte d'Ivoire, malgré la gratuité des soins instaurée en 2016 et les campagnes de sensibilisation, de nombreuses femmes enceintes ne suivent pas ce parcours médicalisé. Seulement 33,90 % des femmes enceintes effectuent leur première CPN au premier trimestre, et 57,29 % abandonnent le suivi prénatal avant l'accouchement (Ministère de la Santé, 2020, p. 70).

Cette faible adhésion au suivi biomédical s'observe également dans plusieurs contextes du Sud global, où les pratiques prénatales traditionnelles demeurent très présentes. En Afrique de l'Ouest, des pays comme le Burkina Faso continuent de recourir largement aux matrones et accoucheuses traditionnelles, dont le rôle dans l'accompagnement des femmes enceintes reste central (Faye, 2017 ; Ouedraogo, 2019). Ces femmes assurent un suivi prénatal basé sur des savoirs locaux, des plantes médicinales et des rituels protecteurs. Ce phénomène dépasse l'Afrique. En Asie du Sud, notamment en Inde rurale, les Dais (accoucheuses traditionnelles) jouent un rôle similaire, tout comme les parteras au Pérou et au Mexique, qui pratiquent des soins prénataux enracinés dans des logiques culturelles et communautaires (WHO, 2020 ; Garcia & Montoya, 2018).

Dans ce contexte mondial, la médecine moderne peine à s'adapter aux réalités socioculturelles locales. Chez les Agni Djuablin en Côte d'Ivoire, les soins prénatals ne sont pas exclusivement réalisés dans les structures médicalisées. Ils sont souvent assurés par des matrones et des tradipraticiens qui offrent un suivi structuré, combinant traitements à base de plantes médicinales et rituels de protection du fœtus. Ces pratiques, bien que traditionnelles, s'inscrivent dans une logique thérapeutique précise et sont perçues comme une alternative crédible aux CPN médicalisées (Ajr.info, 2023, p. 11).

Toutefois, ces pratiques restent encore largement ignorées par les politiques publiques de santé. Bien qu'elles bénéficient d'une forte légitimité au sein des communautés, elles sont fréquemment considérées comme un obstacle à l'intégration des femmes enceintes dans le système de soins formel. Cette opposition entre modèle biomédical et médecine traditionnelle soulève une problématique centrale : l'absence de prise en compte des pratiques traditionnelles compromet-elle l'efficacité des politiques de santé maternelle en Côte d'Ivoire ?

Cette étude vise à documenter les pratiques de la CPN traditionnelle chez les Agni Djuablin, en analysant leur structuration, leur efficacité perçue et leur impact sur l'adhésion aux soins modernes. L'objectif est de mettre en lumière les dynamiques socioculturelles qui façonnent le choix des femmes enceintes, afin d'explorer comment ces pratiques pourraient être mieux intégrées dans les stratégies de santé publique.

En proposant une analyse approfondie du rôle des matrones, des traitements utilisés et des perceptions des femmes enceintes, cette recherche ambitionne de dépasser les approches opposant médecine moderne et médecine traditionnelle, et d'examiner dans quelle mesure une complémentarité entre ces deux systèmes de soins pourrait améliorer la prise en charge maternelle en Côte d'Ivoire.

2. Méthodologie

Cette étude adopte une approche qualitative compréhensive, visant à explorer les dynamiques socioculturelles régissant la Consultation Prénatale (CPN) traditionnelle chez les Agni Djuablin. Elle repose sur une démarche inductive, analysant les discours et pratiques des acteurs impliqués dans le suivi prénatal non médicalisé. L'objectif est de comprendre en profondeur les logiques d'adhésion aux soins traditionnels, tout en examinant leur articulation avec le système biomédical.

L'enquête a été menée entre mars et mai 2024 dans le département d'Agnibilékrou, couvrant des zones tant urbaines que rurales, pour saisir la diversité des contextes d'accès aux soins. La population cible est composée de trois groupes d'acteurs principaux impliqués dans la CPN traditionnelle : les matrones, les tradipraticiens, et les femmes enceintes ayant recours à ces pratiques. Ces groupes ont été choisis pour leur expérience directe des soins prénatals traditionnels.

Concernant l'échantillonnage, la technique du choix raisonné a été utilisée pour sélectionner des participants ayant une connaissance approfondie ou une expérience significative des pratiques de la CPN traditionnelle. Bien que l'échantillon soit restreint à 20 participants (03 matrones, 02 tradipraticiens, et 15 femmes enceintes), cette taille répond à la logique de saturation théorique caractéristique des méthodes qualitatives. Les entretiens ont été interrompus lorsque les données recueillies sont devenues redondantes, garantissant ainsi la pertinence des informations collectées.

Les données ont été recueillies à l'aide de la technique de l'entretien semi-directifs, élaborés à partir d'un guide d'entretien. Chaque entretien, d'une durée moyenne de 45 minutes, a été enregistré avec le consentement préalable des participants et retranscrit intégralement pour l'analyse. L'analyse des données a suivi une approche thématique selon les principes de Braun et Clarke (2006), combinant un codage ouvert, une catégorisation progressive, et la structuration des thèmes autour de trois grands axes : la structuration des soins traditionnels

prénataux, les motivations des femmes pour recourir à ces soins, et leurs représentations de la médecine moderne. Cette méthodologie a permis de dégager des éléments de discours récurrents, et de procéder à une triangulation des données issues des trois groupes d'acteurs. La triangulation a facilité la confrontation des perceptions des matrones, tradipraticiens et femmes enceintes sur des éléments clés comme les traitements administrés, les rituels pratiqués, et les raisons expliquant le rejet de la CPN médicale.

En termes de considérations éthiques, l'ensemble des principes de la recherche qualitative ont été rigoureusement respectés. Tous les participants ont fourni un consentement libre et éclairé, signé sur un document formel, et ont été informés de leur droit de se retirer à tout moment. Leur anonymat a été garanti grâce à l'attribution de pseudonymes. De plus, la posture réflexive du chercheur a été utilisée pour minimiser les biais culturels et les effets de désirabilité sociale, en particulier lors des interactions avec les femmes enceintes, qui étaient parfois accompagnées de leurs conjoints ou d'autres membres de leur famille.

3. Résultats

3.1. La CPN précoce traditionnelle chez les Agni Djuablin

Dans la communauté Agni Djuablin, la consultation prénatale moderne, telle qu'elle est promue par les services de santé, n'est pas toujours la première option privilégiée par les femmes enceintes. À l'inverse, une forme structurée de consultation prénatale traditionnelle est couramment pratiquée dès les premiers mois de grossesse, bien qu'elle repose sur des savoirs ancestraux et une approche empirique, sans reconnaissance institutionnelle.

Les femmes enceintes, en raison de croyances culturelles profondément ancrées et de la confiance accordée à la médecine traditionnelle, adoptent un suivi prénatal centré sur les soins des matrones et l'usage des plantes médicinales. Dès l'arrêt des menstruations, elles sollicitent l'aide des matrones pour assurer la viabilité de la grossesse et la protection du fœtus. Contrairement à la médecine moderne, qui encourage un suivi médical précoce, la CPN traditionnelle privilégie une préparation physiologique et spirituelle du corps avant même que la grossesse ne soit visible.

Cette approche repose sur trois principes fondamentaux : la purification de l'utérus dès le premier mois pour garantir un développement embryonnaire harmonieux, le renforcement du corps de la femme enceinte à travers des traitements successifs visant à prévenir les fausses couches et les complications, et la protection spirituelle et énergétique de la grossesse, considérée comme un état vulnérable exposé aux influences extérieures. Loin d'être un simple recours occasionnel, la CPN traditionnelle constitue une alternative complète à la CPN moderne, bien que différant dans ses méthodes et sa reconnaissance institutionnelle.

Par ailleurs, les témoignages recueillis confirment que les femmes enceintes privilégient les soins traditionnels dès l'apparition des premiers signes de grossesse. Selon l'une d'entre elles : *« En attendant, ce sont les feuilles qu'on va chercher pour préparer, boire ou purger souvent. Tout le monde fait ça. Même celles qui vont à l'hôpital, elles le font quand même. »* (O.M, entretien semi-directif, 28 ans). Ce témoignage illustre l'omniprésence de la médecine traditionnelle dans la gestion des premières étapes de la grossesse. Il met en évidence un

phénomène clé : le recours systématique à ces pratiques contribue à retarder l'initiation des consultations prénatales modernes, ce qui soulève des enjeux majeurs en matière de santé maternelle et de complémentarité entre les deux systèmes de soins.

3.2. Le rôle fondamental des matrones dans la CPN traditionnelle

Les matrones occupent une place centrale dans ce système de soins local. Elles sont souvent les premières référentes des femmes enceintes, offrant un suivi basé sur un savoir ancestral transmis de génération en génération. Cependant, certaines femmes témoignent qu'elles peuvent consulter les matrones sans se tourner immédiatement vers les services de santé modernes. Comme l'indiquent plusieurs témoignages : « *En attendant, ce sont les feuilles qu'on va chercher pour préparer, boire ou purger souvent. Tout le monde fait ça. Même celles qui vont à l'hôpital, elles le font quand même.* » ; « *On va voir les femmes qui vendent les médicaments traditionnels au marché, ou bien on nous montre où aller chez une matrone. Si elle ne peut pas nous soigner, c'est là qu'on va à l'hôpital.* » (B.G, entretien semi-directif, femme, 25 ans).

Le rôle des matrones est donc similaire à celui des sages-femmes modernes, mais il repose sur des techniques et des savoirs différents. Le principal point de divergence réside dans la méthodologie et l'outillage thérapeutique utilisé. Tandis que la CPN moderne s'appuie sur des examens biologiques et échographiques, la CPN traditionnelle repose sur l'observation des signes corporels, les traitements à base de plantes et des pratiques de protection spirituelle.

3.3. Un protocole thérapeutique structuré : les étapes de la CPN traditionnelle

La CPN traditionnelle dans la communauté Agni Djuablin ne se limite pas à une succession de soins ponctuels. Elle repose sur un protocole structuré, souvent basé sur des connaissances empiriques et des pratiques observées de manière traditionnelle. Ce protocole, bien que fondé sur des savoirs empiriques, suit une logique rigoureuse. Il commence dès les premiers signes de grossesse, avec une attention particulière portée à la purification de l'utérus et au renforcement du corps de la femme enceinte. Il évolue ensuite vers la stabilisation de la grossesse, la prévention des complications et la protection du fœtus contre les influences néfastes. Cette approche témoigne d'une vision holistique de la grossesse, où la femme enceinte n'est pas seulement une patiente, mais une actrice impliquée dans son propre suivi prénatal.

3.3.1. Les soins administrés dès le 1er mois de grossesse : la purification de l'utérus

Chez les Agni Djuablin, la grossesse est perçue comme un processus délicat nécessitant une préparation physiologique et spirituelle rigoureuse. Dès les premiers signes de grossesse, les femmes, selon leurs croyances locales, recherchent des traitements à base de plantes médicinales, souvent perçus comme un moyen de prévenir les complications. Il convient de noter que ces pratiques, bien qu'importantes culturellement, ne sont pas validées par la médecine moderne. Cette étape est considérée comme essentielle, car selon la conception locale, un utérus « *impur* » compromettrait la viabilité de la grossesse et pourrait entraîner des fausses couches précoces.

Loin d'être un simple rituel, cette purification s'inscrit dans une logique préventive visant à renforcer la capacité de l'utérus à accueillir et nourrir le fœtus. Elle est perçue comme une nécessité absolue pour prévenir d'éventuelles complications et assurer un développement

embryonnaire optimal dès les premiers jours. À travers cette pratique, les femmes Agni adoptent une approche proactive de la maternité en s'appuyant sur des savoirs traditionnels transmis de génération en génération.

La purification repose sur l'usage de plantes médicinales spécifiques aux propriétés dépuratives et fortifiantes. Deux espèces principales sont privilégiées : le Troman (*Alchornea cordifolia*), utilisé pour ses vertus nettoyantes et stimulantes, permettant d'éliminer les résidus nuisibles à la nidation embryonnaire. Ses feuilles sont écrasées et mélangées avec du piment avant d'être consommées sous forme de décoction. En complément, le N'zissirôrô (*Hymenocardia acida*) est recommandé comme alternative, notamment pour les femmes ayant des antécédents de fausses couches précoces, car il renforce la paroi utérine et prévient les contractions involontaires. L'efficacité de cette purification repose sur la croyance selon laquelle un utérus bien nettoyé dès le premier mois garantit une grossesse plus stable et réduit les risques de complications. Une matrone illustre cette pratique en expliquant : « *Quand la femme vient et qu'elle ne voit plus ses règles, on commence avec une feuille Troman. Tu vas écraser avec du piment que toi-même tu peux supporter et tu vas te purger. Ça nettoie l'intérieur et forme le bébé dans son ventre.* » (K.C, Entretien semi-directif matrone).



Bien que cette méthode puisse sembler drastique, elle est perçue comme indispensable par les femmes qui la pratiquent. En effet, une grossesse débutant dans un utérus « chargé d'impuretés » est considérée comme plus fragile et sujette aux complications. La prise de plantes purificatrices constitue ainsi une garantie supplémentaire pour optimiser les conditions de nidation et assurer un développement embryonnaire sans entrave.

Cette première phase de soins illustre l'importance du suivi prénatal précoce en médecine traditionnelle. Alors que la CPN moderne repose sur des bilans biologiques et échographiques pour surveiller l'évolution de la grossesse, la CPN traditionnelle privilégie une approche immédiate visant à renforcer l'environnement utérin dès les premiers jours. Même si les méthodes diffèrent, le principe fondamental reste le même : assurer une grossesse saine dès ses premiers instants pour favoriser son bon déroulement.

3.3.2. Les soins administrés au 2e mois : prévention des fausses couches et stabilisation de la grossesse

Le deuxième mois de grossesse est une phase critique où le fœtus poursuit son développement tout en restant vulnérable à divers facteurs pouvant compromettre sa viabilité.

En médecine moderne, cette étape correspond aux premiers examens prénataux, incluant les tests sanguins et les échographies destinés à détecter d'éventuelles anomalies. Cependant, selon les pratiques locales, chez les Agni Djuablin, la prise en charge repose sur une approche thérapeutique ciblée, centrée sur la prévention des fausses couches et la stabilisation de l'utérus.

Les matrones et les tradipraticiens jouent un rôle central dans ce processus en administrant des soins spécifiques pour protéger la grossesse et prévenir les pertes fœtales précoces. L'accent est mis sur le renforcement des tissus utérins, la prévention des saignements et la réduction des douleurs abdominales pouvant signaler une complication. Contrairement à la CPN moderne, qui repose sur des examens biomédicaux, la CPN traditionnelle privilégie une médecine préventive fondée sur l'usage de plantes médicinales sélectionnées pour leurs vertus protectrices.

Deux plantes jouent un rôle clé dans cette phase du suivi prénatal. Le Sélidjin (*Piliostigma reticulatum*) est connu pour ses propriétés hémostatiques, aidant à arrêter les saignements et stabiliser la grossesse. Il est particulièrement recommandé aux femmes ayant déjà connu des fausses couches spontanées ou présentant une fragilité utérine. Son utilisation réduit le risque d'hémorragie, qui pourrait être fatal pour le fœtus. La Tominedia (*Annona senegalensis*), quant à elle, est utilisée en infusion pour ses vertus analgésiques et protectrices. Elle soulage les douleurs abdominales et apaise les contractions précoces pouvant entraîner une fausse couche.



Ces traitements sont administrés de manière rigoureuse et méthodique, sous la supervision des matrones. Contrairement aux médicaments modernes souvent prescrits en réponse à un problème médical avéré, les remèdes traditionnels sont administrés de manière préventive afin d'anticiper toute complication. Cette approche met en lumière une conception proactive de la santé prénatale, où l'objectif est d'agir en amont pour éviter l'apparition de complications plus graves. Une matrone explique l'importance de ce soin en précisant : « Vers la fin du deuxième mois, on lui donne une autre feuille qu'on appelle "Sélidjin" pour éviter que sa grossesse ne tombe à cause d'un saignement. Elle l'écrase avec du piment vert et du kaolin pour se purger. » (K.C, Entretien semi-directif matrone).

L'ajout de piment vert et de kaolin dans la préparation n'est pas anodin. Le piment vert est reconnu en médecine traditionnelle pour stimuler la circulation sanguine et renforcer l'immunité, tandis que le kaolin, une argile naturelle, est utilisé pour ses propriétés absorbantes

et apaisantes. Cette combinaison vise non seulement à stabiliser la grossesse, mais aussi à renforcer le métabolisme de la femme enceinte, lui permettant de mieux supporter les transformations physiologiques liées à la gestation.

Ainsi, cette deuxième phase du suivi prénatal traditionnel illustre une approche préventive qui, bien que différente des protocoles biomédicaux modernes, partage le même objectif : assurer la continuité et la viabilité de la grossesse en réduisant les risques de complications.

3.3.3. Les soins administrés au 3e mois : renforcement et protection contre les complications

Le troisième mois de grossesse marque une phase décisive dans le développement du fœtus. C'est une période critique où certaines femmes commencent à ressentir une fatigue accrue, des douleurs abdominales inhabituelles et des malaises fréquents. C'est également au cours de ce mois que des fausses couches inexpliquées peuvent survenir. Si la médecine moderne attribue ces complications à des déséquilibres hormonaux, des anomalies chromosomiques ou des infections, les savoirs traditionnels des Agni Djuablin les interprètent plutôt comme la conséquence d'un excès de chaleur dans l'utérus.

Selon les matrones interrogées, cette chaleur excessive, appelée « *ouzoom* », peut affecter la stabilité de la grossesse et provoquer une expulsion prématurée du fœtus. Il est donc essentiel d'intervenir pour réguler la température interne de l'utérus, apaiser les tensions et renforcer le corps de la femme enceinte afin d'assurer la poursuite normale de la gestation. Contrairement aux soins biomédicaux qui recommandent du repos, un suivi clinique et parfois des traitements hormonaux en cas de menace de fausse couche, la CPN traditionnelle mobilise un protocole thérapeutique basé sur l'usage de plantes médicinales censées stabiliser la grossesse et protéger la mère et l'enfant des influences perçues comme négatives.

Trois plantes sont majoritairement utilisées à ce stade. D'après les propos des matrones, Gnamambilé (*Dalbergia sissoo*) est une liane aux vertus fortifiantes, reconnue pour son effet stabilisateur sur la grossesse. Elle permet de renforcer l'organisme de la femme enceinte et de mieux supporter les transformations physiologiques de son corps, notamment en cas de faiblesse générale, de vertiges ou d'anémie. Aboi-N'guatchê (*Arachis hypogaea*), dont les feuilles ressemblent à celles de l'arachide, est utilisée pour maintenir l'équilibre physiologique de la grossesse. Elle régule la circulation sanguine et prévient les contractions involontaires pouvant conduire à une interruption prématurée de la gestation. Enfin, N'godinia (*Erythrophleum africanum*) est une plante protectrice censée préserver la grossesse contre les influences extérieures néfastes. Elle est particulièrement recommandée aux femmes sujettes à la fatigue, au stress ou aux mauvais rêves, des signes qui, dans la conception traditionnelle, peuvent être interprétés comme des menaces spirituelles contre la grossesse.



L'administration de ces plantes repose sur une préparation spécifique supervisée par les matrones. Elles sont généralement écrasées, infusées ou bouillies, puis consommées sous forme de décoctions ou appliquées sous forme de cataplasmes sur l'abdomen. Une matrone détaille cette pratique en expliquant : « À partir du troisième mois, la femme peut être fatiguée et sentir une chaleur dans son ventre. Ça peut gêner l'enfant. Pour éviter cela, on utilise une liane qu'on appelle Gnamambilé, qu'on gratte et mélange avec Aboi-N'guatchê et N'godinia. Ça permet à la grossesse d'évoluer normalement. » (K.C, Entretien semi-directif matrone).

En complément de ces plantes, un dernier traitement est administré à base de feuilles de êmiene (*Cassia occidentalis*), utilisées en décoction pour renforcer l'immunité maternelle et éviter les maladies récurrentes. Ce soin permet de préserver la vitalité de la femme enceinte en lui fournissant des nutriments et des antioxydants naturels qui la protègent contre les infections et la fatigue chronique.



L'approche traditionnelle Agni ne se limite pas à une réponse curative en cas de complication ; elle repose sur une philosophie de prévention proactive où chaque étape de la grossesse est accompagnée par un suivi structuré. L'administration de ces plantes au troisième mois vise à sécuriser la suite de la gestation, en consolidant les acquis des deux premiers mois et en préparant l'organisme de la femme à accueillir les transformations majeures du deuxième trimestre.

Dans cette vision, la grossesse n'est pas perçue comme un simple processus biologique, mais comme un état dynamique nécessitant un équilibre constant entre le corps, l'esprit et l'environnement social. C'est pourquoi, en plus des soins phytothérapeutiques, les matrones

recommandent souvent des rites de protection, des restrictions alimentaires et des conseils comportementaux afin d'optimiser les conditions de développement du fœtus. Cette approche met en évidence les similitudes entre la CPN moderne et la CPN traditionnelle, notamment en ce qui concerne la notion de prise en charge préventive et d'anticipation des complications.

3.4. Une alternative pragmatique et efficace : motivations du recours à la CPN traditionnelle

L'étude des pratiques de la CPN traditionnelle permet de mieux comprendre les raisons complexes qui poussent certaines femmes enceintes à privilégier ce système de soins. Selon les enquêtées, le recours aux soins traditionnels ne découle pas uniquement d'un manque d'accès aux structures médicales modernes. Il repose sur une logique à la fois pragmatique, culturelle et économique, façonnée par une expérience collective de ce qui est perçu comme l'efficacité des traitements naturels et par une transmission intergénérationnelle des savoirs.

L'un des principaux facteurs évoqués est l'accessibilité économique. Contrairement aux soins médicaux modernes, qui impliquent des frais liés aux consultations, aux examens biologiques ou aux médicaments, la CPN traditionnelle repose sur l'utilisation de ressources locales, disponibles sans ordonnance, et sur l'intervention des matrones, souvent rémunérées sous forme de dons symboliques ou en nature. Cette forme de solidarité communautaire permet aux femmes enceintes de bénéficier d'un accompagnement régulier sans charges financières importantes.

L'efficacité perçue constitue un autre facteur clé. Plusieurs femmes, confrontées à des complications obstétricales non résolues en milieu hospitalier, déclarent avoir trouvé dans la médecine traditionnelle des solutions mieux adaptées à leurs attentes. L'une d'elles témoigne : « *On a qu'à se dire la vérité, ce n'est pas tout hôpital soigne. Moi, quand j'ai eu des saignements, on m'a donné tous les médicaments à l'hôpital, mais c'est médicament indigénat qui m'a sauvée.* » (H.E, entretien semi-directif, femme, 32 ans).

Enfin, les normes sociales et les dynamiques communautaires jouent un rôle fondamental. Plus qu'une simple alternative thérapeutique, la CPN traditionnelle est valorisée comme une pratique culturelle reconnue, transmise entre femmes au sein des familles. Elle s'inscrit dans une continuité sociale qui valorise les savoirs locaux comme un marqueur d'identité collective. Cette reconnaissance communautaire renforce l'ancrage de ces pratiques, malgré l'absence d'une reconnaissance institutionnelle ou scientifique.

4. Discussion

L'analyse de nos résultats met en lumière l'importance des consultations prénatales traditionnelles (CPN) au sein de la communauté Agni Djuablin. Ces pratiques, profondément enracinées dans les croyances culturelles locales, offrent une perspective unique sur la manière dont les soins prénatals sont perçus et administrés en milieu rural comme urbain. Notre étude révèle que la CPN traditionnelle est structurée et repose sur des savoirs ancestraux, avec des étapes spécifiques visant à assurer le bien-être de la mère et du fœtus dès les premiers mois de la grossesse.

4.1. L'ancrage culturel des CPN traditionnelles : un phénomène largement documenté

Nos résultats montrent que les femmes enceintes de la communauté Agni Djuablin privilégient la CPN traditionnelle dès les premiers mois de grossesse. Elles sollicitent les matrones non seulement pour un suivi médical, mais aussi pour une protection spirituelle et une purification physiologique. Cette forte adhésion à la médecine traditionnelle s'explique par des croyances profondément ancrées et par une confiance accrue dans les pratiques locales.

Ces résultats sont cohérents avec Mwanga et al. (2022, p. 57), qui ont observé une tendance similaire en Afrique subsaharienne, où la plupart des femmes enceintes commencent leur suivi prénatal dans des cadres traditionnels avant d'envisager des soins modernes. De même, Gupta et al. (2021, p. 132) ont démontré que dans certaines régions rurales du Ghana et du Nigéria, la médecine traditionnelle demeure le premier recours en raison de son accessibilité et de son ancrage social.

Cependant, notre étude apporte une contribution nouvelle en documentant avec précision un protocole structuré de CPN traditionnelle chez les Agni Djuablin. Alors que d'autres recherches mentionnent l'existence de soins prénatals traditionnels sans en détailler la structure, notre travail met en lumière les étapes spécifiques du suivi prénatal traditionnel : purification de l'utérus, stabilisation de la grossesse et protection du fœtus. Cette documentation précise confère une valeur ajoutée à notre recherche, en offrant une vision plus détaillée et méthodique des soins traditionnels.

4.2. Les matrones, des figures centrales entre médecine traditionnelle et moderne

Nos résultats soulignent également le rôle fondamental des matrones, qui assurent un suivi continu des femmes enceintes. Contrairement aux sages-femmes modernes, les matrones ne se contentent pas d'un accompagnement médical : elles exercent aussi une fonction sociale, spirituelle et psychologique auprès des femmes enceintes. Cette observation est en accord avec Tchatchoua et al. (2020, p. 81), qui indiquent que dans plusieurs communautés africaines, les matrones sont considérées comme des figures maternelles, leur rôle dépassant largement la simple assistance à l'accouchement. De plus, l'OMS (2022, p. 36) reconnaît désormais l'importance d'intégrer les accoucheuses traditionnelles dans les systèmes de santé afin d'améliorer l'accès aux soins maternels en milieu rural.

Cependant, contrairement à certaines études qui présentent la médecine traditionnelle et moderne comme des systèmes opposés, notre recherche révèle un phénomène d'hybridation. En effet, certaines matrones orientent les femmes vers les structures de santé modernes en cas de complications. Cette dualité montre une évolution des pratiques, où la frontière entre médecine traditionnelle et moderne devient plus fluide. Cette collaboration partielle entre les deux systèmes constitue une nouveauté majeure mise en lumière par notre travail.

4.3. Un protocole thérapeutique structuré : une avancée dans la documentation des soins prénatals traditionnels au 1^{er} trimestre de la grossesse

Nous pouvons voir que la Consultation Périnatale (CPN) traditionnelle chez les Agni Djuablin ne repose pas sur des soins improvisés, mais suit une logique thérapeutique rigoureuse. Contrairement aux idées reçues, cette approche périnatale est méthodiquement organisée et se déroule en plusieurs phases correspondant aux étapes clés de la grossesse. Dès le premier mois, des soins spécifiques sont administrés, avec une forte utilisation de plantes médicinales aux

propriétés bien définies. Ces soins visent non seulement à assurer un bon développement embryonnaire, mais aussi à stabiliser la grossesse et à protéger la future mère contre les complications éventuelles.

D'abord, la première phase du protocole traditionnel est consacrée à la purification de l'utérus et à la préparation physiologique. Dès la confirmation de la grossesse, les femmes Agni entreprennent un processus de purification interne pour assurer un environnement optimal au développement de l'embryon. Ce rituel repose sur l'usage de plantes aux propriétés dépuratives et fortifiantes, telles que Troman (*Alchornea cordifolia*) et N'zissirô (*Hymenocardia acida*), qui permettent d'éliminer les impuretés et de renforcer la muqueuse utérine. Cette approche est cohérente avec les observations de Okafor et al. (2020, p. 210), qui ont documenté des pratiques similaires en Afrique centrale, où la purification utérine est considérée comme une étape essentielle pour réduire les risques de fausses couches précoces. Toutefois, notre étude va plus loin en identifiant les spécificités des plantes utilisées ainsi que la méthodologie appliquée par les matrones, ce qui constitue une avancée dans la documentation des pratiques prénatales traditionnelles.

Ensuite, au cours du deuxième mois de grossesse, la priorité est donnée à la stabilisation et à la prévention des fausses couches. À ce stade, des traitements à base de plantes médicinales sont administrés afin de renforcer l'utérus et éviter les contractions prématurées pouvant entraîner une interruption involontaire de la grossesse. Deux plantes sont particulièrement utilisées : Sélidjin (*Piliostigma reticulatum*), reconnue pour ses propriétés hémostatiques, et Tominedia (*Annona senegalensis*), qui joue un rôle d'analgésique et de protecteur utérin. Ces résultats corroborent les conclusions de Mbélé et al. (2021, p. 189), qui ont démontré que l'usage de plantes médicinales pour prévenir les complications obstétricales est largement répandu en Afrique subsaharienne. Cependant, notre étude se distingue en mettant en évidence une structuration rigoureuse de ces soins, alors que d'autres recherches se limitent souvent à mentionner leur existence sans en détailler les mécanismes ni l'organisation thérapeutique.

Enfin, au troisième mois de grossesse, l'accent est mis sur le renforcement général du corps de la femme enceinte et la protection contre les complications extérieures. Il s'agit d'un moment critique où le développement du fœtus s'accélère et où certaines femmes ressentent des malaises fréquents, augmentant ainsi le risque de complications. Pour pallier ces difficultés, des plantes aux vertus fortifiantes et protectrices sont employées, notamment Gnamambilé (*Dalbergia sissoo*) et N'godinia (*Erythrophleum africanum*). Nos résultats rejoignent les travaux de Diarra et al. (2022, p. 97), qui ont observé des pratiques similaires au Mali, où des plantes spécifiques sont utilisées pour renforcer l'organisme maternel et réduire les risques de fausses couches. Cependant, notre recherche innove en détaillant l'usage combiné de ces plantes et l'approche holistique qui l'accompagne, illustrant ainsi la complémentarité entre la phytothérapie traditionnelle et une prise en charge globale de la femme enceinte.

En somme, l'analyse du protocole de CPN traditionnelle chez les Agni Djuablin révèle un système organisé et cohérent, où chaque phase de la grossesse est accompagnée de soins adaptés et réfléchis. Loin d'être un simple recours à la médecine ancestrale, ces pratiques témoignent d'un savoir empirique structuré, qui s'inscrit dans une démarche préventive et curative. Cette documentation détaillée permet non seulement de mieux comprendre les dynamiques locales de prise en charge de la grossesse, mais aussi d'envisager des pistes d'intégration progressive de ces pratiques dans les politiques de santé maternelle, en valorisant la complémentarité entre médecine traditionnelle et moderne.

4.4. Des motivations économiques et sociales qui influencent les choix des femmes enceintes

L'accessibilité économique est un facteur clé expliquant l'adhésion à la CPN traditionnelle. Les soins modernes, bien qu'efficaces, restent coûteux pour de nombreuses femmes en milieu rural. Nos résultats montrent que la gratuité des soins prénatals instaurée en Côte d'Ivoire depuis 2016 n'a pas suffi à inverser la tendance. Ce constat est corroboré par Ousmane et al. (2021, p. 109), qui ont démontré que dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, les coûts indirects des soins modernes (transport, examens complémentaires, prescriptions non couvertes) constituent un frein majeur à leur adoption. Par ailleurs, la perception de l'efficacité des soins traditionnels influence également ce choix. Nos enquêtées rapportent que les traitements à base de plantes sont souvent jugés plus adaptés et plus efficaces que les médicaments modernes, en raison de leur action préventive et de leur rôle protecteur du fœtus.

Cependant, contrairement aux études qui suggèrent que l'adhésion aux soins traditionnels est due à un manque d'information, nos résultats montrent que les femmes font un choix éclairé entre les deux systèmes de soins. Cette prise de décision consciente marque une rupture avec certaines théories antérieures qui considèrent la médecine traditionnelle comme un recours par défaut.

Notre étude apporte une contribution unique à la littérature sur la santé maternelle en Afrique de l'Ouest. Elle documente avec précision les différentes étapes du suivi prénatal traditionnel, en mettant en évidence l'organisation méthodique des soins, l'implication active des matrones et l'hybridation progressive entre soins traditionnels et modernes.

L'originalité de notre travail réside également dans sa portée opérationnelle. En comprenant mieux les logiques sous-jacentes au recours à la CPN traditionnelle, les décideurs de santé publique pourraient élaborer des stratégies plus inclusives pour améliorer le taux de consultation prénatale précoce en Côte d'Ivoire. Plutôt que d'opposer les deux systèmes, une approche intégrative permettrait de mieux répondre aux besoins des femmes enceintes et de renforcer la complémentarité entre médecine traditionnelle et moderne.

5. Conclusion

En définitive, cette étude met en lumière un modèle structuré de Consultation Prénatale (CPN) traditionnelle chez les Agni Djuablin, fondé sur des savoirs ancestraux et une pharmacopée locale. Contrairement aux idées reçues, ce suivi prénatal ne repose pas uniquement sur des croyances populaires, mais s'appuie sur une véritable logique thérapeutique, organisée en différentes étapes visant à accompagner la grossesse dès ses premiers mois. Dès le premier mois, la priorité est donnée à la purification de l'utérus afin d'éliminer les impuretés susceptibles de compromettre la nidation de l'embryon. Ensuite, au deuxième mois, l'accent est mis sur la stabilisation de la grossesse et la prévention des fausses couches, à travers des traitements renforçant l'utérus et réduisant les risques de complications. Enfin, au troisième mois, les soins visent à fortifier l'organisme maternel et protéger la grossesse contre les risques externes, assurant ainsi une transition optimale vers le second trimestre. Ces résultats démontrent que la CPN traditionnelle chez les Agni Djuablin repose sur un protocole rigoureux et structuré, alliant soins physiques et approche holistique de la maternité. Son efficacité perçue repose sur trois facteurs principaux : son accessibilité économique, la confiance dans son efficacité, soutenue par des expériences positives, et son enracinement culturel, qui en fait un élément central du parcours maternel en milieu Agni.

Ainsi, ce recours aux soins traditionnels n'est pas simplement une alternative par défaut, mais bien un choix éclairé et structuré.

Toutefois, cette étude présente certaines limites méthodologiques. La taille réduite de l'échantillon peut limiter la généralisation des résultats à l'ensemble de la population ivoirienne. Néanmoins, elle offre une analyse approfondie des dynamiques locales et met en évidence des tendances qui mériteraient d'être explorées à plus grande échelle. Dans cette perspective, les résultats de cette recherche doivent être interprétés avec prudence : leur transférabilité à d'autres régions de Côte d'Ivoire ou d'Afrique de l'Ouest dépend des affinités culturelles, des structures de soins et des croyances locales. Ils ne prétendent donc pas à l'universalité, mais constituent une base solide pour des comparaisons interculturelles futures.

Loin d'être une simple alternative concurrente à la CPN moderne, la CPN traditionnelle représente une approche complémentaire de la santé maternelle, méritant d'être mieux étudiée et reconnue. Nos résultats suggèrent la nécessité de repenser les politiques de santé publique en intégrant ces pratiques traditionnelles, non pas en substitution, mais dans une logique de complémentarité avec la médecine moderne. Une collaboration plus étroite entre les matrones et les professionnels de santé permettrait d'améliorer l'accès aux soins prénatals et de renforcer la confiance des populations envers les structures sanitaires modernes.

Remerciements

L'auteur tient à exprimer sa gratitude aux femmes enceintes pour leur disponibilité et leurs précieuses contributions à cette recherche, ainsi qu'à leurs conjoints pour leur accord permettant de les côtoyer. Il remercie également les matrones et tradipraticiens pour le partage de leurs connaissances, ainsi que les chefs de villages et les autorités administratives du département d'Agnibilékrou pour leur appui et leur collaboration à la réalisation de cette étude.

Conflit of Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- Akabile, A. M., & Kamate, A. (2024). Déterminants socioculturels et économiques de la réticence des femmes enceintes face à la réalisation de la CPN au premier trimestre de la grossesse à Agnibilékrou (RCI). *Revue Internationale des Sciences Sociales*, 4(18), 41-58.
- Coulibaly, B., & Akabile, A. M. (2024). Déterminants socioculturels et économiques de la réticence des conjoints face à la réalisation de la consultation prénatale (CPN) au premier trimestre de la grossesse à Agnibilékrou (RCI). *Cahier de la Recherche Africaine*, (5), 349-366.
- Gupta, M., Adongo, P. B., & Bawah, A. A. (2021). Traditional medicine as the first line of treatment in rural Ghana. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 17(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s13002-021-00496-5>
- Judicaël, A. A. S. (2024). Pratiques de soins liées à l'anémie chez la femme enceinte Baoulé Faali de Broukro en Côte d'Ivoire : du symbolisme au changement social et comportemental. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 6(3), 18-32.
- Mbélé, A., Kouadio, L., & Diarra, M. (2021). Usage des plantes médicinales pour prévenir les complications obstétricales en Afrique subsaharienne. *African Journal of Reproductive Health*, 25(2), 189. <https://doi.org/10.29063/ajrh2021/v25i2.22>
- Mwanga, J. R., Mubyazi, G. M., & Kweka, E. J. (2022). Pratiques de suivi prénatal traditionnel en Afrique subsaharienne : une revue systématique. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04429-7>

- Mwanga, P., Nyandwi, R., & Twahirwa, S. (2022). Traditional birth attendants and maternal health practices in West Africa: The case of Côte d'Ivoire. *African Journal of Reproductive Health*, 26(4), 57-72. <https://doi.org/10.29063/ajrh2022/v26i4.6>
- Okafor, C. N., Ezeh, A. C., & Mberu, B. U. (2020). Purification utérine et réduction des risques de fausses couches précoces en Afrique centrale. *Health Care for Women International*, 41(2), 210-225. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1574795>
- Tchatchoua, S., Fokou, G., & Mve, A. (2020). Les matrones et leur rôle dans la prise en charge de la maternité en milieu rural ivoirien. *Cahiers d'Études Africaines*, 60(2), 81-95. <https://doi.org/10.4000/etudesafricaines.30000>
- Tchatchoua, S., Nguefack, H., & Fokou, G. (2020). Rôle des matrones dans les communautés africaines : au-delà de l'assistance à l'accouchement. *Global Public Health*, 15(1), 81-93. <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1656278>
- Médecins Sans Frontières. (2024). Rapport sur la santé maternelle en Afrique subsaharienne. MSF. <https://www.msf.fr/sites/default/files/2024-07/RAPPORT%20ANNUEL%202023.pdf>
- Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire. (2022). Plan stratégique de la santé maternelle et infantile en Côte d'Ivoire. Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Ministère de la Santé. (2020). Rapport annuel sur la situation sanitaire. Abidjan : Ministère de la Santé. <https://www.example.ci/rapport-sante2020.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Recommandations de l'OMS sur les soins prénatals pour une expérience de la grossesse positive* (2e éd.). Genève : OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Intégration des accoucheuses traditionnelles dans les systèmes de santé*. Genève : OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032767>
- Revue Africaine de Santé Reproductive. (2023). Étude sur les déterminants des soins prénatals en milieu rural en Afrique de l'Ouest (Vol. 27, No. 3, p. 11).
- Ousmane, S., Touré, B., & Diallo, F. (2021). Coûts indirects des soins modernes et adhésion aux soins traditionnels en Afrique de l'Ouest. *Health Economics Review*, 11(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s13561-021-00314-7>
- Ministère de la Santé. (2020). Rapport sur la santé des femmes enceintes en Côte d'Ivoire. Ministère de la Santé, p. 70.
- Faye, M. (2017). Le rôle des matrones et des accoucheuses traditionnelles en Côte d'Ivoire. *Revue des Sciences Sociales et de Santé Publique*, 9(3), 112-126. <https://doi.org/10.4000/africanhealth.2023>

© 2025 AKABILE, 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 2 February 2025
Accepted, 4 June 2025
Published, 12 June 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Olou et al., (2025). Connaissance, attitude et pratique des professionnels de la santé sur les réseaux de soins périnatal dans le district sanitaire d'Anyama, Côte d'Ivoire. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(1), 288-297. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.21>

Research

Connaissance, attitude et pratique des professionnels de la santé sur les réseaux de soins périnatal dans le district sanitaire d'Anyama, Côte d'Ivoire

Knowledge, attitude and practice of health professionals on perinatal care networks in the health district of Anyama, Côte d'Ivoire

Luc N'guessan Olou^{12*}, Abdoul Koffi Koffi¹², Landry Assane Brou², Abla Adakanou¹², Apollinaire Horo¹²

¹Département de la mère et de l'enfant, Université Félix-Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire.

²Service de gynécologie et obstétrique du centre hospitalier et universitaire de Yopougon, Côte d'Ivoire.

*Correspondance: olounguessan@yahoo.fr ; Tel : +2250707362364

Résumé

Les réseaux de soins périnatals jouent un rôle déterminant dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à l'échelle mondiale. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de santé concernant les réseaux de soins périnatals, dans la perspective de leur mise en place en Côte d'Ivoire. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive, menée dans le district sanitaire d'Anyama, au sein de 15 structures sanitaires disposant d'une maternité, entre le 1^{er} février et le 29 juillet 2020. Un total de 103 agents de santé a été inclus, selon un échantillonnage non probabiliste, consécutif et exhaustif. Les sage-femmes représentaient la majorité des répondants, soit 69,9 %, contre 12,6 % de gynécologues et 4,9 % de pédiatres. Par ailleurs, près de 90 % des participants exerçaient en zone urbaine, avec une concentration notable (44,6 %) à l'Hôpital général d'Anyama. L'étude a également mis en évidence des insuffisances en ressources humaines et matérielles au sein des structures, constituant des freins majeurs à la mise en place effective d'un réseau de soins périnatal.

Mots-clés : Réseaux coordonnés de soins ; Périnatalogie ; Connaissances – Attitudes – Pratiques ; Professionnels de santé.

Abstract:

Perinatal care networks play a crucial role in reducing maternal and neonatal mortality worldwide. The objective of this study was to assess the knowledge, attitudes, and practices of healthcare professionals regarding perinatal care networks, with a view to their implementation in Côte d'Ivoire. This was a descriptive cross-sectional study conducted in the Anyama health district, across 15 healthcare facilities equipped with maternity wards, from February 1 to July 29, 2020. A total of 103 healthcare providers were included in the study, selected using a non-probabilistic, consecutive, and exhaustive sampling method. Midwives constituted most of the respondents (69.9%), followed by gynaecologists (12.6%) and pediatricians (4.9%). Additionally, nearly 90% of participants were practising in urban areas, with a notable concentration (44.6%) at the General Hospital of Anyama. The study also highlighted critical shortages in human resources and equipment within healthcare facilities, which represent significant obstacles to the effective implementation of a perinatal care network.

Keywords: Coordinated care networks; Perinatology; Knowledge – Attitudes – Practices; Healthcare professionals.

1. Introduction

La santé maternelle et néonatale demeure un enjeu majeur de santé publique dans les pays à faibles revenus, en particulier en Afrique subsaharienne, où les taux de mortalité maternelle et néonatale restent alarmants malgré les engagements internationaux et les efforts déployés à l'échelle nationale pour améliorer ces indicateurs. Selon le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2023), la région subsaharienne concentre à elle seule plus des deux tiers des décès maternels mondiaux et environ 43 % des décès néonataux. Ces statistiques traduisent à la fois des faiblesses structurelles dans les systèmes de santé et une insuffisance marquée dans la coordination des services, notamment durant la période périnatale, qui constitue une phase critique pour la survie de la mère et du nouveau-né. Il est désormais largement reconnu que le maintien de soins de qualité tout au long du continuum périnatal – de la grossesse à l'accouchement, en passant par la période postnatale – permet de réduire significativement les taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles (Kerber et al., 2007 ; Zelka, 2022). Dans cette optique, la mise en place de réseaux de soins périnatals (RSP) s'impose comme une stratégie organisationnelle pertinente et prometteuse pour améliorer l'accès équitable, la continuité et la qualité des soins périnatals. Le RSP peut être défini comme un dispositif structuré associant divers acteurs de santé, physiques ou moraux, répartis sur un territoire donné, aux compétences complémentaires, et œuvrant de manière coordonnée autour d'objectifs communs, selon des normes partagées et une logique de coopération volontaire (Gouyon-Cornet et al., 2004). Ces réseaux s'appuient sur une mise en synergie des professionnels, une coordination inter-niveaux (du centre de santé communautaire à l'hôpital de référence), ainsi qu'une standardisation des pratiques cliniques via l'élaboration de protocoles consensuels. L'objectif fondamental est d'assurer une prise en charge rapide, efficace et adaptée, en particulier pour les grossesses à risque et les urgences obstétricales et néonatales. Toutefois, la réussite de ces réseaux repose en grande partie sur le niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques des professionnels de santé qui en assurent la mise en œuvre. Un dispositif, aussi bien conçu soit-il sur le plan théorique, peut s'avérer inefficace si les prestataires ne maîtrisent pas les mécanismes de référence et de contre-référence, n'adhèrent pas aux protocoles établis, ou n'interagissent pas efficacement avec les autres maillons du système de soins.

En Côte d'Ivoire, les réseaux de soins périnatals ne sont pas encore formellement implantés ou opérationnels dans la majorité des régions sanitaires. Dans une perspective de préparation à leur mise en place, la présente étude a été conduite dans le district sanitaire d'Anyama. Elle vise à évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels de santé en lien avec l'organisation, le fonctionnement et les enjeux d'un réseau de soins périnatal.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Cadre de l'étude, type et population d'étude

L'étude a été menée dans le district sanitaire d'Anyama, au sein de 15 formations sanitaires (dont 11 établissements publics et 4 privés), toutes disposant d'une maternité. Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive, conduite sur une période de six mois, allant du 4 février au 29 juillet 2020. La population d'étude était constituée de l'ensemble du personnel de santé, exerçant aussi bien dans les structures publiques que privées du district, et impliqué dans la prise en charge périnatale. Ont

été inclus dans l'étude tous les professionnels ayant consenti à participer et ayant complété le questionnaire d'enquête. Les agents absents au moment de la collecte de données ou ayant refusé de participer ont été exclus. Nous avons retenu un échantillonnage exhaustif et inclusif, ciblant l'ensemble des professionnels répondant aux critères de sélection. Au total, cent trois (103) agents de santé ont été enquêtés.

2.2 Recueil des données et variable étudiées.

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête structurée de 8 pages, comportant 42 questions. Un pré-test a été réalisé auprès de dix (10) professionnels de santé issus de différents niveaux d'intervention, ce qui a permis de valider l'outil de collecte en ajustant les formulations des questions en fonction des difficultés de compréhension rencontrées. Au début de chaque entretien, l'objectif de l'étude a été clairement expliqué aux participant(e)s. Le questionnaire n'a été administré qu'après obtention du consentement libre et éclairé de chaque répondant. Les variables étudiées étaient regroupées en trois grandes catégories :

1. Les données socio-démographiques : il s'agissait du sexe, de la qualification professionnelle, du nombre d'années d'expérience, du lieu d'exercice, ainsi que de la distance et du temps estimé de trajet entre les différentes maternités publiques et l'Hôpital Général d'Anyama (HGA).
2. Les connaissances sur le réseau de soins périnatal : elles portaient notamment sur la définition de la période périnatale, ainsi que sur la compréhension du concept et du fonctionnement d'un réseau de soins périnatal.
3. Les attitudes et pratiques professionnelles : elles ont été évaluées à travers plusieurs dimensions, dont la collaboration inter-centres dans la prise en charge du couple mère-enfant, la perception des ressources nécessaires au fonctionnement d'un réseau de soins périnatal, ainsi que le niveau d'adhésion et de motivation des professionnels à intégrer un tel dispositif.

2.3. Saisie et analyse des données

Les données étaient codées et enregistrées avec Census and Survey Processing (CSPPro) version 6.0 pour Windows. Les données continues étaient présentées en moyenne avec l'écart-type. Les données catégorielles seront présentées en effectif et en proportion. Nous avons utilisé le logiciel Epi info 2000 pour l'analyse statistique des données issues des interviews.

2.4. Considérations éthiques

Nous avons obtenu l'approbation de l'Université Félix Houphouët-Boigny pour la publication de ce manuscrit. L'étude a été réalisée conformément à la Déclaration d'Helsinki, et le protocole a été approuvé par le Comité d'Éthique de l'Université Félix Houphouët-Boigny (N347678-CI/2020). Tous les sujets ont donné leur consentement éclairé pour participer avant de prendre part à l'étude.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques socio-démographiques

Dans cette enquête menée auprès des professionnels de la périnatalité, les sage-femmes étaient les plus nombreuses (69.9%) suivis des obstétriciens(12.6%) et des pédiatres(4.9%). L'expérience professionnelle moyenne était de 7,8 années avec des extrêmes de 01 et 38 années. Plus de 38% des agents avaient une expérience professionnelle comprise entre 5 et 10 années. La majorité du personnel enquêtés était en fonction à l'hôpital général d'ANYAMA représentant 44,7% contre 10% dans les centres de santé ruraux. Les maternités publiques étaient situées en moyenne à 39 Km de l'hôpital général. Celle d'AZAGUIÉ-BLIDA était la plus proche à 10 km de l'HG d'ANYAMA et celle de M'PODY la plus éloignée à 55 km. Plus de 50% des maternités étaient situées à plus de 30 minutes de l'HG d'Anyama. Le temps moyen étant de 55 minutes. (Tableau 1 et Figure 1)

Tableau 1: Répartition socio-démographique des agents enquêtés

Qualification	Fréquence	pourcentage(%)
• Obstétricien	13	12,62
• Echographiste	3	2,91
• Sage-femme	72	69,9
• Pédiatre	5	4,85
• Anesthésiste	10	9,72
Années d'expérience	Fréquence	Pourcentage(%)
• <5	37	35,92
• 5-10	40	38,83
• 10-15	14	13,59
• >15	12	11,66
Lieu d'exercice	Fréquence	Pourcentage(%)
• Centres privés	19	18,44
• PMI	12	11,65
• Hôpital general	46	44,66
• CSR	10	9,7
• CSU	16	15,55

PMI: Protection maternelle et infantile

CSR: Centre de santé régional

CSU: Centre de santé urbain

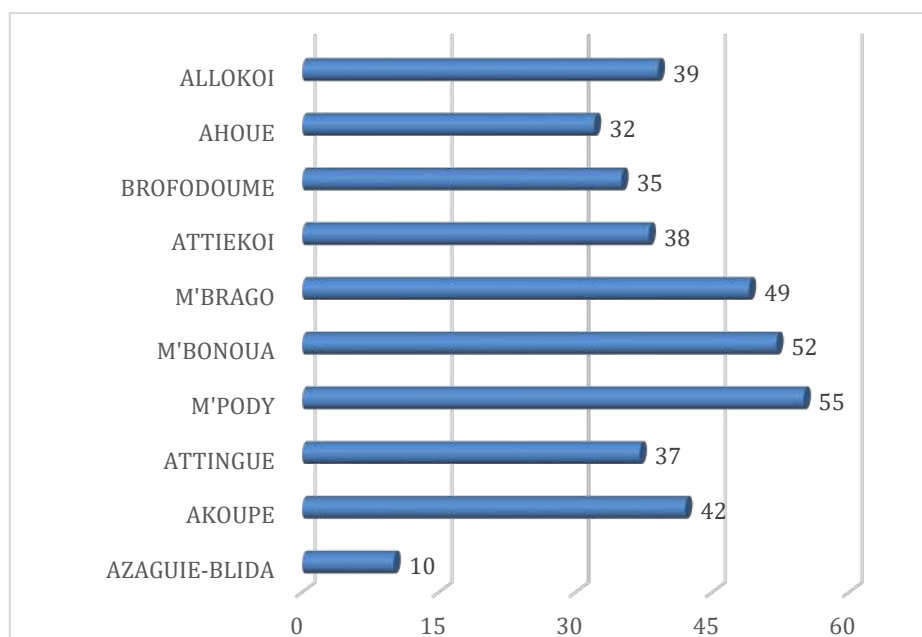


Figure 1: Répartition selon les distances entre les différentes maternités publiques et l'hôpital général d'Anyama.

3.2. La connaissance des prestataires en réseaux de soins périnataux

Dans notre étude, seuls 18,4 % des prestataires connaissaient la définition de la période périnatale selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Concernant la notion de Réseau de Soins Périnataux (RSP), 72,8 % des répondants n'en avaient jamais entendu parler. En ce qui concerne la connaissance des acteurs impliqués et des objectifs d'un RSP, les taux de méconnaissance étaient respectivement de 81,6 % et 75,72 %. Par ailleurs, plus de 90 % des participants n'avaient jamais eu d'expérience concrète avec un réseau de soins périnatal (Tableau 2).

Tableau 2: Connaissance des participants

Connaissance des enquêtés	Effectif	pourcentage (%)
Quelle période correspond à la période périnatale (OMS) (N= 103)		
• De la grossesse à l'accouchement	36	35,0
• début de la grossesse au 28 ^{ème} jour de vie du nouveau-né	40	38,8
• De 16 SA au 14 ^{ème} jour de vie du nouveau-né	5	4,9
• De 22SA au 7 ^{ème} jour de vie du nouveau-né	19	18,4
• Je ne connais pas	3	2,9
Avez-vous déjà entendu parler d'un RSP (N= 103)		
• Oui	28	27,2
• Non	75	72,8
En avez-vous déjà fait l'expérience d'un RSP (N= 103)		
• Oui	8	7,8
• Non	95	92,2
Diminution de la morbi-mortalité maternelle et néonatale, comme objectif des RSP (N = 103)		
• Oui	78	75,72
• Non	25	24,28
Les service public et privé peuvent –ils faire partir d'un même RSP (N = 103)		
• Oui	84	81,6
• Non	19	18,4

3.3. Les attitudes et les pratiques des prestataires en réseau de soins périnataux

Il ressort que plusieurs éléments ont été largement rapportés par les participants : la présence d'un pédiatre en salle de naissance (98,1 %), la disponibilité d'un bloc ou service de néonatalogie (84,5 %), la collaboration entre les professionnels des centres de santé publics et privés (99 %), l'adhésion à un Réseau de Soins Périnataux (RSP) (99 %), la mise en œuvre du système de référence et de contre-référence selon les facteurs de risque (56.3 %) ainsi que l'implication de l'État dans le fonctionnement du RSP (100 %) (Tableaux 3 et 4).

Tableau 3 : Attitudes et pratiques des prestataires

Attitudes et pratiques des enquêtés	Effectif	Pourcentage (%)
Place du pédiatre en salle de naissance ? (N= 103)		
• Oui	101	98.1
• Non	2	1.9
Présence d'un bloc opératoire ou un service de néonatalogie dans votre structure ou à proximité vous rassurerait elle ? (N= 103)		
• Oui	87	84.5
• Non	16	15.5
Accepteriez-vous d'adhérer à un réseau de soins périnatal ? (N= 103)		
• Oui	102	99
• Non	1	1
Collaboration publique – privé pourrait améliorer la prise en charge des gestantes et des nouveaux nés ? (N = 103)		
• Oui	102	99
• Non	1	1
Adhésion à un RSP (103)		
• Oui	97	94.1
• Non	6	5.9
Implication de l'état dans un RSP (N=103)		
• Oui	103	100
Adressez-vous les gestantes à l'hôpital général d'Anyama ? N= 103		
• Oui	58	56.3
• Non	45	43.7

Tableau 4 : Raisons des Attitudes et pratiques des prestataires

Attitudes et pratiques des enquêtés	Effectif	Pourcentage (%)
Pourquoi ne referez-vous pas les patientes à l'HG d'Anyama (N=103)		
• Accès difficile	37	35,9
• Plateau technique insuffisant à l'HG	29	28,2
• Manque d'ambulance	37	35,9
Quel obstacle au partenariat public-privé ? N= 103		

• Administratif	57	55,3
• Financier	85	98,8
• Aucun	10	9,7
Quelle action pourrait mener l'Etat de Côte d'Ivoire pour l'amélioration de la prise en charge de la périnatalité dans le district d'Anyama ? N = 103		
• Réduire les coûts des prestations des services	44	42,7
• Mieux équiper les structures hospitalières	102	99,0
• Mettre en place un réseau de santé de périnatalité	88	85,4
Les raisons pouvant motiver la non-adhésion à un RSP (N= 6)	58	
• Manque de connaissances sur le RSP	4	66.6
• Manque de temps	2	33.4
Raisons pouvant motiver l'adhésion à un RSP ? N= 97		
Renforcement de capacité dans sa spécialité		
• Oui	94	96.9
• Non	3	3.1
Référencement dans l'annuaire		
• Oui	41	42.2
• Non	56	57.8
Les raisons pouvant motiver la non-adhésion à un RSP (N= 6)	58	
• Manque de connaissances sur le RSP	4	66.6
• Manque de temps	2	33.4

4. Discussion

Les professionnels de santé interrogés, exerçant dans le domaine de la périnatalité, étaient majoritairement des sage-femmes (69,9 %) et des obstétriciens (12,62 %). Cette répartition s'explique en grande partie par l'insuffisance de personnel qualifié, en particulier dans les maternités des structures sanitaires. En effet, selon le rapport annuel sur la situation sanitaire de la Côte d'Ivoire (2020), seul le district sanitaire de Jacqueville a atteint la norme de 2,3 professionnels de santé pour 1 000 habitants, sur un total de 113 districts sanitaires (Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, 2020). Cette pénurie de personnel qualifié constitue un défi majeur partagé par la majorité des pays africains, notamment en pédiatrie, en obstétrique et en infectiologie, compromettant ainsi l'atteinte des objectifs de réduction de la mortalité maternelle et infantile. La Banque mondiale a souligné cette problématique dans plusieurs publications, dont le rapport intitulé *The State of the Health Workforce in Sub-Saharan Africa: Evidence of Crisis and Analysis of Contributing Factors*, qui met en évidence les causes de cette crise et propose des recommandations pour le renforcement des ressources humaines en santé. Une autre publication significative, *Human Resources for Health and World Bank Operations in Africa*, examine les actions entreprises par la Banque mondiale pour améliorer la disponibilité et la répartition équitable du personnel de santé à travers le continent (World Bank, 2013).

Concernant les connaissances des agents interrogés, les résultats montrent un niveau insatisfaisant quant à la définition précise de la période périnatale (18,4 % de réponses correctes), mais un niveau globalement satisfaisant en ce qui concerne la connaissance du réseau de soins périnataux (75,72 %) et de ses acteurs (81,8 %). L'Organisation mondiale de la Santé définit la période périnatale comme la période s'étendant de la 22^e semaine d'aménorrhée (soit cinq mois de grossesse) jusqu'à sept jours après la naissance (OMS, 2016). Cette période critique est associée à un risque élevé de mortalité maternelle et néonatale, en raison notamment des complications obstétricales, de la prématurité, de l'asphyxie néonatale et des infections. Une connaissance rigoureuse de cette période est donc

essentielle pour les professionnels de santé impliqués dans les soins maternels et néonataux. Ces derniers incluent principalement les sages-femmes, les médecins généralistes, les obstétriciens, les infirmiers, ainsi que les agents de santé communautaires. Leur rôle dépasse le cadre strictement clinique, englobant également une mission éducative auprès des femmes enceintes et de leurs familles, dans une logique de prévention des risques (UNFPA, 2022). Cependant, plusieurs études ont mis en évidence des lacunes persistantes dans la maîtrise des concepts clés de la périnatalité. Lawn et al. (2005) ont estimé que près de quatre millions de décès néonataux surviennent chaque année, majoritairement en Afrique, et que nombre d'entre eux pourraient être évités par une prise en charge adéquate durant la période néonatale précoce (0 à 7 jours). De même, le Healthy Newborn Network (2019) a souligné le manque de formation continue sur les soins périnataux, en particulier dans les zones rurales où les accouchements à domicile restent fréquents. Ces lacunes entraînent des défaillances dans la surveillance, des retards dans la référence des cas à risque et des prises en charge inadaptées. Pour remédier à ces insuffisances, plusieurs initiatives ont été développées. En Angola, par exemple, un programme de formation en santé mentale périnatale a été mis en place pour améliorer la compréhension des enjeux émotionnels et psychologiques de cette période (Mujeres por África, s.d.). Par ailleurs, l'OMS a élaboré un référentiel de soins essentiels pour les mères et les nouveau-nés, qui insiste sur la nécessité d'une formation continue tout au long du continuum de soins (Quality of Care Network, 2020).

En ce qui concerne les attitudes et pratiques, l'étude a évalué différents aspects, tels que la collaboration entre les professionnels, l'adhésion aux réseaux de soins périnataux, la maîtrise du système de référence et contre-référence, ainsi que la perception du rôle de l'État. Il ressort que 99 % des participants ont jugé nécessaire une collaboration entre les professionnels des structures sanitaires publiques et privées. Cette synergie est indispensable à une prise en charge cohérente et continue du couple mère-enfant. Toutefois, dans plusieurs pays africains, cette collaboration reste limitée en raison d'un fonctionnement souvent cloisonné entre les secteurs public et privé (UNICEF, 2021). Des expériences de réseaux périnataux intégrés, mises en œuvre en Afrique de l'Ouest et en Afrique du Sud, ont montré l'importance d'une coordination intersectorielle pour assurer une orientation efficace des patientes à risque (Bayo et al., 2022). Ces dispositifs favorisent également le partage des ressources humaines et logistiques, optimisant ainsi l'offre de soins dans des contextes de faible densité médicale. L'adhésion des professionnels de santé aux protocoles périnataux dépend fortement de leur implication dans des réseaux ou programmes de formation continue. Des initiatives telles que les réseaux SONU (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence) ou les formations numériques ont permis de renforcer l'harmonisation des pratiques (OMS, 2019). Cependant, cette adhésion demeure hétérogène et influencée par divers facteurs : la pertinence perçue des directives, l'appui institutionnel et la reconnaissance professionnelle (Ben Ameur et al., 2020). La valorisation des rôles, notamment des sages-femmes souvent marginalisées, apparaît essentielle pour renforcer leur engagement. Le système de référence et contre-référence constitue un pilier fondamental du réseau périnatal, permettant d'orienter rapidement les cas à risque vers des structures de soins appropriées. Toutefois, en Afrique, son fonctionnement est souvent entravé par l'absence de protocoles formalisés, de moyens de transport adaptés et de canaux de communication efficaces (Say & Raine, 2007). Plusieurs programmes ont tenté de structurer ce système en fonction des risques obstétricaux ou néonataux : prééclampsie, grossesse multiple, antécédents d'hémorragie, prématurité, etc. Des outils numériques, tels que le carnet de santé maternel et néonatal informatisé, ont été testés pour améliorer la traçabilité et le retour d'information

clinique. Enfin, l'État joue un rôle crucial dans la mise en place d'un système de santé périnatal performant, à travers l'élaboration de politiques de santé, la formation des professionnels, le financement des infrastructures et la régulation de la collaboration entre les secteurs public et privé. Des stratégies nationales, comme celles du Sénégal ou du Rwanda, ont mis l'accent sur la décentralisation des soins, la formation continue et la gratuité des soins obstétricaux d'urgence. Bien que ces politiques aient permis des avancées notables, leur succès reste tributaire d'un financement pérenne et d'une gouvernance renforcée (UNFPA, 2021 ; World Bank, 2020).

5. Conclusion

Le réseau de soins périnatal constitue une réponse structurée et efficace aux enjeux majeurs de santé publique liés à la maternité et à la naissance. En assurant une meilleure coordination des acteurs, une prise en charge adaptée au niveau de risque, et un accompagnement global du couple mère-enfant, ce dispositif a déjà démontré son potentiel dans l'amélioration de la qualité des soins. Toutefois, si les bénéfices sont largement reconnus, il reste nécessaire de quantifier de manière rigoureuse son impact réel sur la mortalité maternelle, notamment dans les contextes où les ressources sont limitées ou les disparités d'accès aux soins marquées. Ainsi, une étude d'impact approfondie et multicentrique pourrait être envisagée, reposant sur une méthodologie comparative (avant/après mise en place du réseau ou entre zones avec et sans réseau), en intégrant des indicateurs clés comme : le taux de mortalité maternelle, le délai de prise en charge des urgences obstétricales, le taux de transfert in utero et la qualité de la prise en charge prénatale et postnatale. Une telle étude permettrait de fonder scientifiquement les stratégies d'extension et de renforcement des réseaux périnataux, d'identifier les facteurs de succès, mais aussi les axes d'amélioration nécessaires pour optimiser leur efficacité. En somme, elle représenterait un levier essentiel pour orienter les politiques de santé vers une réduction durable et équitable de la mortalité maternelle.

Conflit d'Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts lié à cet article.

Références

- World Health Organization. (2023). Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. World Health Organization.
- Kerber, K. J., de Graft-Johnson, J. E., Bhutta, Z. A., Okong, P., Starrs, A., & Lawn, J. E. (2007). Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *The Lancet*, 370(9595), 1358-1369.
- Zelka, M. A., Yalew, A. W., & Debelew, G. T. (2022). The effects of completion of continuum of care in maternal health services on adverse birth outcomes in Northwestern Ethiopia: a prospective follow-up study. *Reproductive Health*, 19(1), 200.
- Gouyon-Cornet B, Quantin C, Sagot P, Gouyon JB.(2004). Mise en place et évaluation des réseaux de soins périnataux : expériences françaises et étrangères. *Santé, Société et Solidarité*,3(1),129-36.
- Ministère de la Santé de l'Hygiène P et de la CMU. (2020). Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) 2020.
- World Bank. (2013). *The State of the Health Workforce in Sub-Saharan Africa: Evidence of Crisis and Analysis of Contributing Factors*. Washington, DC: World Bank.

- World Bank. (2013). Human Resources for Health and World Bank Operations in Africa. Washington, DC: World Bank.
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). Recommandations de l’OMS pour les soins prénatals visant à améliorer les résultats maternels et néonataux. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- UNFPA. (2022). The State of the World’s Midwifery 2021: Investing in midwives to improve sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health. <https://www.unfpa.org/publications/sowmy-2021>.
- Lawn, J. E., Cousens, S., & Zupan, J. (2005). 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? The Lancet, 365(9462), 891–900. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71048-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71048-5)
- Healthy Newborn Network. (2019). Neonatal health in sub-Saharan Africa. <https://www.healthynewbornnetwork.org>
- Mujeres por África. (s.d.). Formation en santé mentale périnatale en Angola. <https://mujeresporafrica.es>
- Quality of Care Network. (2020). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. <https://www.qualityofcarenetwork.org>
- UNICEF. (2021). Maternal and newborn health disparities in sub-Saharan Africa. <https://www.unicef.org/reports>.
- Bayo, P., N’Guessan, K., & Ouattara, B. (2022). Approche réseau dans les soins obstétricaux et néonataux d’urgence en Côte d’Ivoire : un levier pour la réduction de la mortalité périnatale. Santé Publique, 34(3), 389–398.
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). Recommandations sur les interventions numériques pour le renforcement des systèmes de santé. Genève : OMS.
- Ben Ameer, A., Chahed, H., Ben Yahia, M., & Nakhli, J. (2020). Evaluation de l’adhésion des professionnels de santé aux recommandations périnatales dans une maternité universitaire en Tunisie. La Tunisie Médicale, 98(1), 54–62.
- Say, L., & Raine, R. (2007). A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: Examining the scale of the problem and the importance of context. Bulletin of the World Health Organization, 85(10), 812–819.
- UNFPA. (2021). Stratégies nationales de santé maternelle, néonatale et infantile : bonnes pratiques en Afrique francophone. <https://www.unfpa.org>
- World Bank. (2020). Improving maternal and neonatal health services in Africa. <https://www.worldbank.org>

© 2025 AKABILE, 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)

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

Received, 11 March 2025

Accepted, 11 June 2025

Published, 23 June 2025

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

To cite: Kouame, M.C. Adam (2025). *Perceptions des mutualistes de la MUGEF-CI face aux réformes institutionnelles liées à l'implémentation de la CMU à Bouaké (Côte d'Ivoire)*. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(1), 298-312. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.22>

Research

Perceptions des mutualistes de la MUGEF-CI face aux réformes institutionnelles liées à l'implémentation de la CMU à Bouaké (Côte d'Ivoire)

Perceptions of MUGEF-CI Members Regarding Institutional Reforms Linked to the Implementation of Universal Health Coverage (CMU) in Bouaké (Côte d'Ivoire)

KOUAME Mien-olai Camille Adam*

Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

*Correspondance : Email : adamkouame0@gmail.com; Tel : +225 0748050490

Résumé

Cette étude sociologique analyse les perceptions de 150 mutualistes de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'État de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI), issus de l'administration éducative à Bouaké, face aux réformes liées à la Couverture Maladie Universelle (CMU). Elle repose sur une approche quantitative, fondée sur une enquête structurée auprès d'un échantillon aléatoire stratifié. L'objectif est d'explorer la manière dont les mutualistes perçoivent les changements institutionnels, notamment la suppression des produits optionnels et le repositionnement complémentaire de la MUGEF-CI. Les résultats révèlent une dualité significative dans la perception des mutualistes : 26,7 % affirment connaître ces réformes, reconnaissant principalement la suppression de certains produits optionnels (5,3 %), le nouveau statut complémentaire imposé à leur mutuelle (6,7 %) et l'adoption de la CMU comme régime de base obligatoire (6,7 %). Les mutualistes expriment une appréciation modérée concernant l'élargissement des services médicaux (10,0 %) et l'amélioration des conditions d'accès aux délégations mutualistes (6,7 %). Cependant, ces aspects positifs sont contrebalancés par des préoccupations majeures relatives aux délais administratifs prolongés (8,0 %), aux ruptures de stock de médicaments (5,3 %) et à la complexité administrative et au manque de transparence (4,7 %). L'enrôlement obligatoire à la CMU suscite une réticence notable chez 20,0 % des enquêtés.

Mots-clés : CMU, MUGEF-CI, perception, réforme institutionnelle, qualité des soins, Bouaké, administration éducative.

Abstract

This sociological study analyses the perceptions of 150 members of the Mutual Health Insurance Scheme for Civil Servants and State Agents of Côte d'Ivoire (MUGEF-CI), drawn from the educational administration in Bouaké, in relation to the reforms associated with the Universal Health Coverage (CMU). It is based on a quantitative approach, relying on a structured survey conducted with a stratified random sample. The aim is to explore how members perceive the institutional changes, particularly the elimination of optional products and the complementary repositioning of MUGEF-CI. The findings reveal a significant duality in the perceptions of the members: 26.7% claim to be aware of these reforms, recognising mainly the elimination of certain optional products (5.3%), the new complementary status imposed on their mutual organisation (6.7%), and the adoption of the CMU as a mandatory

basic health scheme (6.7%). The members express moderate appreciation for the expansion of medical services (10.0%) and the improvement in access to mutual delegations (6.7%). However, these positive aspects are offset by major concerns regarding extended administrative delays (8.0%), medication shortages (5.3%), and administrative complexity and lack of transparency (4.7%). Compulsory enrolment in the CMU has elicited notable reluctance among 20.0% of respondents.

Keywords: UHC, MUGEF-CI, perception, institutional reform, quality of care, Bouaké, educational administration.

1. Introduction

La mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en Côte d'Ivoire, instituée par la loi n° 2014-131 du 24 mars 2014, vise à garantir un accès équitable aux soins de santé pour tous les résidents du pays. Cette initiative s'inscrit dans une dynamique globale de renforcement des systèmes de protection sociale en Afrique subsaharienne (Organisation mondiale de la Santé, 2015). La CMU comprend deux régimes : un régime contributif, le Régime général de base (RGB), financé par les cotisations des assurés, et un régime non contributif, le Régime d'assistance médicale (RAM), destiné aux populations économiquement faibles, dont les cotisations sont prises en charge par l'État (Cleiss, 2019). Cette réforme ambitieuse s'inscrit dans une volonté de l'État ivoirien de réduire les inégalités sociales et économiques en matière d'accès aux soins (Martin, 2020).

La mise en œuvre des politiques de santé publique représente aujourd'hui un défi majeur pour les États africains, notamment dans un contexte où l'accès universel aux soins demeure souvent théorique ou partiel (Durand et al. 2022). En Côte d'Ivoire, la mise en place récente de la CMU met en lumière ces défis complexes, car elle induit des transformations structurelles dans le fonctionnement du système mutualiste, notamment au sein de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'État (MUGEF-CI). (Gouvernement de Côte d'Ivoire, 2024). Autrefois régime de base, la MUGEF-CI est désormais arrimée à la CMU en tant que régime complémentaire obligatoire, ce qui a suscité des remous parmi les fonctionnaires et agents de l'État (Agence Ivoirienne de Presse, 2024). Cette transition a engendré des interrogations sur la qualité des services offerts, la légitimité des nouvelles orientations institutionnelles et la pérennité financière de la MUGEF-CI face aux défis posés par la CMU (Séri Bi, 2024).

Toutefois, ces interrogations se manifestent de manière particulièrement marquée au sein du secteur éducatif, où une proportion importante de mutualistes de la MUGEF-CI est issue de l'administration de l'éducation. En effet, la disponibilité des répondants sur le terrain, a montré que les fonctionnaires du système éducatif constituent une catégorie socioprofessionnelle clé dans l'évaluation de l'appropriation et de la perception des réformes institutionnelles. Leur situation est d'autant plus critique qu'ils sont à la fois bénéficiaires et contributeurs directs de la CMU, ce qui exacerbe les attentes en matière de qualité des prestations et de stabilité institutionnelle. Dès lors, la compréhension des dynamiques perceptives au sein de cette population permet de mettre en lumière les résistances et les facteurs de satisfaction liés à l'intégration de la CMU dans le cadre mutualiste.

Dans ce contexte, la question principale à laquelle cette étude cherche à répondre est la suivante : comment les acteurs du secteur éducatif perçoivent-ils les réformes institutionnelles liées à l'implémentation de la CMU dans leur prise en charge médicale ? Trois questions secondaires se dégagent de cette problématique : dans quelle mesure les mutualistes de la MUGEF-CI issus du secteur éducatif ont-ils une connaissance claire des réformes institutionnelles liées à la CMU ? Quels sont les principaux facteurs influençant la perception des mutualistes vis-à-vis de la qualité des prestations après l'introduction de la CMU ? Quels mécanismes institutionnels peuvent être mis en place pour renforcer la satisfaction et la confiance des mutualistes dans le cadre des réformes liées à la CMU ?

L'étude vise à fournir une analyse sociologique approfondie des perceptions des mutualistes face aux réformes institutionnelles. Elle permettra de mieux comprendre les facteurs d'acceptation ou de résistance et d'orienter les stratégies de gestion pour une meilleure appropriation de la CMU. Cette recherche contribue également à enrichir le débat scientifique sur les réformes de santé publique en Afrique en proposant des données empiriques sur la perception des bénéficiaires et l'efficacité des politiques publiques dans le domaine de la santé. En ciblant spécifiquement les fonctionnaires du système éducatif, l'étude permet d'identifier des dynamiques socioprofessionnelles spécifiques et de formuler des recommandations adaptées à ce groupe stratégique.

Dans la suite de cet article, la première section présente le cadre méthodologique de l'étude, en détaillant l'approche adoptée, les outils de collecte de données ainsi que les caractéristiques de l'échantillon. La deuxième section expose les principaux résultats empiriques obtenus, mettant en lumière les dynamiques perceptives des mutualistes face aux réformes institutionnelles. La troisième section est consacrée à la discussion analytique de ces résultats à la lumière des enjeux théoriques et contextuels. Enfin, une conclusion générale récapitule les principaux apports de l'étude et formule des recommandations en matière de gouvernance des politiques de santé publique.

2. Matériels et méthodes

2.1 Matériels d'analyse

L'étude a été menée à Bouaké, deuxième ville de Côte d'Ivoire, qui abrite une forte concentration de fonctionnaires et d'agents de l'État affiliés à la MUGEF-CI. Plus spécifiquement, cette recherche s'est concentrée sur les fonctionnaires du système éducatif, un groupe socioprofessionnel clé dans le cadre de la MUGEF-CI. Bouaké est un pôle stratégique pour l'évaluation de la mise en œuvre de la CMU, en raison de sa diversité socioprofessionnelle et de la présence d'infrastructures sanitaires publiques et privées intégrées au dispositif de la CMU (Organisation mondiale de la Santé, 2015). Ce contexte permet de recueillir des perceptions variées sur la qualité des prestations et l'impact des réformes institutionnelles. L'étude adopte une approche quantitative dans une perspective descriptive et analytique. Une enquête transversale a été menée auprès d'un échantillon représentatif de mutualistes de la MUGEF-CI à Bouaké, spécifiquement issu du secteur éducatif. Cette approche permet de recueillir des données mesurables sur la perception des réformes institutionnelles et d'expliquer les dynamiques sous-jacentes influençant la satisfaction des mutualistes (Creswell, 2014).

La population cible est constituée des mutualistes affiliés à la MUGEF-CI résidant à Bouaké, avec un focus particulier sur les fonctionnaires du système éducatif. La taille de l'échantillon a été déterminée en utilisant la formule de Cochran (1977) pour une population finie : $n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2}$ avec :

- n = Taille de l'échantillon
- Z = Valeur du score Z pour un niveau de confiance de 95 % (1,96)
- p = Proportion estimée de la population ayant une perception des réformes (0,5)
- e = Marge d'erreur tolérée (0,08)

Sur cette base, la taille minimale de l'échantillon est estimée à 150 mutualistes. L'échantillonnage a été réalisé selon une méthode aléatoire stratifiée, en tenant compte des catégories socioprofessionnelles (avec une attention particulière pour le secteur éducatif) et des zones géographiques de résidence à Bouaké (Agresti A. et Finlay B. 2018).

2.2 Description des outils d'analyse

Un questionnaire structuré a été utilisé comme principal outil de collecte de données. Ce questionnaire comporte trois sections principales : la première section porte sur les caractéristiques sociodémographiques des répondants, notamment : la catégorie socioprofessionnelle, avec une attention particulière accordée au secteur éducatif ; la situation matrimoniale ; et l'ancienneté à la MUGEF-CI. Ensuite, les connaissances des réformes en lien avec le niveau de compréhension des réformes institutionnelles liées à la CMU, sources d'information et niveau d'adhésion aux nouvelles mesures. Enfin, les perceptions de la qualité des soins : satisfaction à l'égard des prestations, qualité perçue des soins, délais de remboursement et confiance dans le système de santé. Le questionnaire a été administré en face-à-face par des enquêteurs formés afin de garantir la compréhension des questions et la fiabilité des réponses (Bryman, 2016). Les enquêteurs ont été testés avant le déploiement sur le terrain pour adapter le langage et la présentation des questions au contexte professionnel des fonctionnaires du système éducatif, afin de faciliter une compréhension optimale des réformes et de leurs implications.

Les données ont été codifiées et analysées à l'aide du logiciel SPSS, version 26. L'analyse descriptive a été réalisée afin de détailler les caractéristiques de l'échantillon et les tendances générales des réponses. L'étude a été conduite dans le respect des principes éthiques en matière de recherche en santé publique. Le consentement éclairé des participants a été obtenu avant l'administration du questionnaire. L'anonymat et la confidentialité des données ont été garantis conformément aux normes de protection des données personnelles. L'étude a été autorisée par le comité d'éthique local (Conseil National d'Éthique, 2023).

3. Résultats

3.1 Niveau de connaissance des mutualistes des réformes institutionnelles MUGEF-CI/CMU

L'analyse des données révèle que seulement 26,7 % des 150 mutualistes interrogés à Bouaké, soit 40 mutualistes du système éducatif, déclarent avoir une connaissance claire des réformes

institutionnelles introduites avec l'implémentation de la CMU. À l'inverse, 24,0 % des répondants, soit 36 mutualistes, admettent une compréhension partielle des réformes mises en place, tandis que 49,3 % des répondants, soit 74 mutualistes, reconnaissent une absence totale de compréhension des réformes. Ainsi, ce niveau de connaissance relativement faible met en évidence une lacune structurelle dans la diffusion des informations institutionnelles. En effet, cette situation reflète une asymétrie dans l'accès à l'information au sein de la population mutualiste, ce qui nuit à la capacité des bénéficiaires à s'approprier pleinement les transformations du cadre mutualiste. Par conséquent, cette méconnaissance des réformes constitue un obstacle majeur à l'adhésion et à la compréhension des nouvelles dynamiques institutionnelles.

3.1.1 Nature des réformes identifiées

Parmi les 40 mutualistes ayant une compréhension des réformes institutionnelles, plusieurs éléments ressortent de manière significative dans leurs perceptions. Premièrement, la suppression des produits optionnels est mentionnée par 20 % des mutualistes informés (soit 8 personnes). Cette mesure est perçue comme une restriction dans le choix des prestations de santé. Les mutualistes avaient auparavant la possibilité de sélectionner des options spécifiques en fonction de leurs besoins médicaux personnels. La disparition de ces options est donc interprétée comme une limitation de la capacité des bénéficiaires à personnaliser leur couverture santé. Certains mutualistes considèrent cette suppression comme une source de frustration, craignant qu'elle entraîne une standardisation des prestations et une dégradation de la qualité des soins. De plus, le manque de concertation préalable avec les mutualistes sur cette mesure renforce le sentiment de subir une décision imposée sans prise en compte des besoins spécifiques des bénéficiaires.

Deuxièmement, l'adoption de la CMU comme régime de base obligatoire est citée par 25 % des répondants (soit 10 mutualistes). Cette réforme est largement perçue comme une imposition étatique, privant les mutualistes de leur liberté de choisir leur mode de couverture santé. Toutefois, certains mutualistes reconnaissent que cette réforme pourrait améliorer l'égalité d'accès aux soins en garantissant une couverture minimale pour tous. Cette tension entre la recherche de sécurité sociale et la crainte de perdre le contrôle sur leur couverture médicale est accentuée par le manque de clarté sur les modalités pratiques de cette réforme. Les mutualistes redoutent une augmentation des cotisations sans une amélioration proportionnelle de la qualité des services. Cette perception est aggravée par l'absence de communication institutionnelle détaillée concernant les implications financières et organisationnelles de la CMU.

Enfin, le repositionnement complémentaire de la MUGEF-CI par rapport à la CMU est évoqué par 30 % des mutualistes informés (soit 12 mutualistes). Ce repositionnement est perçu de manière contrastée. D'un côté, il est considéré comme une opportunité d'améliorer la couverture des risques médicaux, en offrant une prise en charge plus étendue des maladies chroniques et des soins spécialisés. D'un autre côté, ce changement est interprété comme une perte d'autonomie dans la gestion des prestations de santé, la MUGEF-CI passant d'un régime de base à un régime complémentaire. Cette transition institutionnelle est perçue comme une forme d'ingérence de l'État dans le fonctionnement de la mutuelle, réduisant ainsi la capacité des mutualistes à influencer les décisions stratégiques. Les craintes sont renforcées par la possibilité

de voir une baisse de la qualité des prestations en raison d'une gestion centralisée des soins sous la tutelle de la CMU.

En résumé, même parmi les mutualistes ayant une bonne connaissance des réformes, les perceptions sont marquées par une dualité entre les bénéfices attendus (meilleure couverture des soins, égalité d'accès) et les inquiétudes (perte de contrôle institutionnel, augmentation des cotisations, diminution de la qualité des services). Cette tension révèle une gestion institutionnelle perçue comme verticale et imposée, limitant la capacité des mutualistes à participer pleinement à la définition de leur couverture santé.

3.1.2 Déficit de sensibilisation institutionnelle

Le faible niveau de connaissance des réformes institutionnelles met en évidence une insuffisance structurelle en matière de communication et de sensibilisation. De nombreux mutualistes soulignent le manque d'outils d'information adaptés, rendant difficile la compréhension des réformes et de leurs implications pratiques. L'absence de séances d'information régulières constitue également un frein majeur à l'appropriation des réformes. Ce manque d'accompagnement renforce une perception d'abandon, où les mutualistes estiment être laissés à eux-mêmes pour comprendre et intégrer les nouvelles dynamiques instaurées par la CMU.

Par ailleurs, cette situation reflète une stratégie de gestion incomplète, marquée par un déficit de transparence dans la mise en œuvre des réformes. La communication institutionnelle est perçue comme morcelée et peu cohérente, limitant ainsi la capacité des mutualistes à saisir pleinement les objectifs et les bénéfices attendus des changements. Le manque d'implication des bénéficiaires dans le processus décisionnel aggrave ce sentiment d'exclusion. En effet, l'absence de mécanismes de consultation ou de dialogue prive les mutualistes d'un espace d'expression et de négociation, accentuant la distance entre les bénéficiaires et les décideurs. Cette absence de concertation renforce la perception d'un changement imposé, réduisant la légitimité des réformes aux yeux des mutualistes.

Cette lacune en matière de sensibilisation se traduit également par une défiance accrue envers les institutions de santé. Certains mutualistes estiment que l'opacité des décisions stratégiques et le manque de clarté dans la gestion des prestations de santé fragilisent la confiance dans le système. Ce sentiment d'exclusion alimente une résistance passive face aux réformes, où une partie des mutualistes adopte une attitude de retrait vis-à-vis des nouveaux dispositifs de prise en charge. L'incapacité des bénéficiaires à obtenir des réponses claires sur les modalités de prise en charge, les taux de cotisation et la couverture effective des soins alimente une frustration latente, compromettant leur capacité à adhérer pleinement aux réformes.

Il faut retenir que le déficit de communication constitue un frein majeur à l'adhésion des mutualistes aux réformes. La mise en place de mécanismes de dialogue, de sessions de formation régulières et de supports d'information accessibles, pourrait renforcer la compréhension et l'appropriation des réformes par les bénéficiaires. Une gouvernance plus transparente et inclusive permettrait également de rétablir la confiance et de favoriser une participation active des mutualistes dans le processus de transformation institutionnelle.

3.2 Perceptions contrastées face au caractère complémentaire MUGEF-CI/CMU

3.2.1 Aspects positifs perçus

Malgré une certaine méfiance initiale, plusieurs aspects positifs des réformes sont reconnus par une partie des mutualistes, en particulier parmi les fonctionnaires du système éducatif, qui constituent une frange importante des bénéficiaires de la MUGEF-CI. Tout d'abord, la gratuité des actes médicaux spécifiques, notamment les bilans de santé, est perçue comme une avancée majeure dans la prévention des maladies chroniques. En effet, 26,7 % des mutualistes interrogés (soit 40 personnes) considèrent cette gratuité comme une mesure incitative, favorisant un suivi médical régulier et permettant une détection précoce des pathologies. Cette amélioration est particulièrement appréciée par les fonctionnaires du secteur éducatif qui, en raison de leurs responsabilités professionnelles, ont souvent un accès limité aux services médicaux pendant les heures de travail.

Ensuite, le rapprochement et la décentralisation des services de la MUGEF-CI sont salués par 10 % des mutualistes (soit 15 personnes). Cette décentralisation facilite l'accès rapide aux soins de proximité, réduisant le temps perdu dans les démarches administratives et médicales ; ce qui est particulièrement important pour les enseignants et le personnel éducatif qui sont soumis à des horaires rigides. La possibilité d'accéder à des soins de qualité à proximité du lieu de travail ou de résidence est perçue comme une amélioration tangible dans l'organisation des soins.

Par ailleurs, l'élargissement du panier de soins est particulièrement apprécié par 12 % des mutualistes (soit 18 personnes) car il permet une prise en charge élargie des pathologies chroniques telles que l'hypertension et le diabète, qui sont fréquentes parmi les fonctionnaires du système éducatif en raison du stress professionnel et d'un mode de vie sédentaire. Cette extension du panier de soins est perçue comme une réponse adaptée aux besoins spécifiques des bénéficiaires, renforçant ainsi leur confiance envers le système de santé mutualiste.

Enfin, la formation accrue des médecins et pharmaciens sur le panier de soins remboursables est reconnue par 8 % des mutualistes (soit 12 personnes) comme un facteur clé d'amélioration de la qualité des soins. Cette montée en compétence des professionnels de santé se traduit par une meilleure compréhension des besoins médicaux des mutualistes, une prise en charge plus efficace et une réduction des erreurs dans l'administration des soins. Les fonctionnaires du secteur éducatif, confrontés à des pathologies spécifiques liées à leurs conditions de travail, constatent une amélioration dans la qualité des conseils médicaux et dans la prise en charge des maladies professionnelles.

En somme, ces avancées positives, bien que reconnues par une partie des mutualistes, ne suffisent pas à dissiper totalement la méfiance liée aux réformes institutionnelles. Si les fonctionnaires du système éducatif saluent ces améliorations, ils restent néanmoins sensibles aux délais administratifs, à la disponibilité des médicaments et au manque de transparence dans la gestion des prestations, ce qui limite encore l'adhésion pleine et entière au nouveau dispositif.

3.2.2 Aspects négatifs perçus

En parallèle, plusieurs limites opérationnelles sont relevées par les mutualistes, révélant des dysfonctionnements structurels dans la mise en œuvre des réformes institutionnelles. Tout

d'abord, 8 % des répondants (soit 12 personnes) dénoncent des retards administratifs importants, notamment dans le traitement des demandes de remboursement et l'accès effectif aux soins. Ces délais prolongés sont perçus comme une entrave majeure à l'efficacité du système de santé mutualiste, accentuant la frustration des bénéficiaires, en particulier parmi les fonctionnaires du système éducatif soumis à des contraintes professionnelles rigides. Ensuite, 7 % des mutualistes (soit 10 personnes) signalent des ruptures fréquentes de stock de médicaments essentiels, entraînant une perte de confiance dans la capacité du système à garantir une couverture médicale stable. Cette indisponibilité des médicaments compromet la qualité des soins, en particulier pour la prise en charge des pathologies chroniques comme l'hypertension ou le diabète. Enfin, 6 % des répondants (soit 9 mutualistes) déplorent un manque de transparence dans les processus de décision concernant le fonctionnement des réformes. L'absence d'informations claires sur les critères de remboursement, la gestion des cotisations et la disponibilité des prestations médicales alimente une méfiance durable à l'égard de la MUGEF-CI. Ce déficit de communication institutionnelle limite l'adhésion des mutualistes et freine l'appropriation des nouvelles dynamiques instaurées par la CMU. Ainsi, ces limites opérationnelles fragilisent la confiance des mutualistes dans le système de santé et soulignent la nécessité d'une réforme managériale axée sur la réduction des délais administratifs, la stabilisation des approvisionnements en médicaments et une communication institutionnelle plus transparente.

3.2.3 Confiance mitigée envers les réformes

En conséquence, seulement 12 % des mutualistes (soit 18 personnes) déclarent avoir une confiance élevée dans la capacité des réformes à améliorer durablement la qualité des soins. Cette confiance limitée découle d'un écart manifeste entre les objectifs annoncés par la MUGEF-CI dans le cadre de la CMU et la réalité vécue par les bénéficiaires dans l'accès et la qualité des prestations médicales. Les mutualistes constatent une discordance persistante entre les promesses de meilleure prise en charge et leur expérience concrète marquée par des délais administratifs prolongés, des ruptures fréquentes de stock de médicaments et une opacité dans la gestion des prestations.

Cette disparité institutionnelle limite la capacité des réformes à instaurer une couverture médicale stable et efficace. Les mutualistes perçoivent une incohérence systémique entre les objectifs stratégiques affichés et la qualité réelle des services offerts. Cette perception d'inadéquation alimente un sentiment d'incertitude et une vulnérabilité accrue face aux risques sanitaires. L'inefficacité dans le traitement des demandes, combinée à un manque de visibilité sur la disponibilité des soins, renforce cette fragilité perçue.

Par ailleurs, le manque de communication claire sur les modalités de remboursement et les critères d'accès aux soins aggrave cette méfiance. Les mutualistes estiment que la qualité des services est compromise par une gestion trop centralisée, avec une faible capacité d'adaptation aux besoins spécifiques des bénéficiaires. L'absence de mécanismes de contrôle et de retour d'expérience institutionnel limite la capacité des mutualistes à anticiper leurs besoins de santé, alimentant ainsi un climat d'insécurité face au système de santé.

Ce contexte met en évidence la nécessité de renforcer la légitimité institutionnelle en améliorant de manière concrète la qualité des services de santé. Une réduction des délais de traitement, une

meilleure disponibilité des médicaments et une plus grande transparence dans la gestion des prestations sont essentielles pour rétablir la confiance des mutualistes. De plus, la création de canaux de dialogue et une implication directe des mutualistes dans le processus décisionnel pourraient favoriser une meilleure appropriation du dispositif et une acceptation durable des réformes.

3.3 Réticences face à l'enrôlement obligatoire à la CMU

3.3.1 Résistance à l'enrôlement obligatoire

L'analyse révèle que 20 % des mutualistes interrogés (soit 30 personnes) manifestent une réticence marquée face à l'obligation d'enrôlement à la CMU. Cette opposition traduit une tension sociologique entre la volonté d'instaurer une couverture universelle et la perception d'une perte de contrôle dans la gestion de leur protection sociale. Les mutualistes interprètent cette obligation comme une restriction de leur liberté de choix en matière de couverture médicale, estimant qu'ils n'ont plus la possibilité d'adapter les prestations à leurs besoins spécifiques.

Cette réticence est également nourrie par une incertitude persistante quant à la capacité du système à maintenir une prise en charge constante et à garantir des services de qualité. Les bénéficiaires redoutent une standardisation des soins, perçue comme une dégradation des prestations médicales. Ce sentiment d'insécurité est renforcé par l'absence de garanties claires sur la disponibilité des médicaments, la rapidité des remboursements et la continuité des services médicaux. Cette situation alimente une méfiance croissante envers le dispositif de la CMU, accentuant une fracture institutionnelle entre les objectifs des décideurs et les attentes des bénéficiaires.

Par ailleurs, cette tension met en lumière un conflit sous-jacent entre la volonté de rationaliser le système de santé à travers une couverture universelle obligatoire et le besoin des mutualistes de conserver une certaine autonomie dans la gestion de leur protection sociale. Les bénéficiaires perçoivent cette réforme comme une centralisation excessive du pouvoir de décision, réduisant leur capacité à influencer la gestion des prestations et la prise en charge des risques médicaux. Ce sentiment de perte de contrôle s'accompagne d'une crainte que la MUGEF-CI perde progressivement son rôle historique dans la défense des intérêts spécifiques des mutualistes.

Ce contexte reflète donc une discordance structurelle entre les impératifs de réforme institutionnelle et les attentes individuelles des bénéficiaires. La mise en place d'un dialogue institutionnel renforcé, associé à une communication transparente sur les objectifs, les bénéfices et les modalités pratiques de la CMU, pourrait contribuer à réduire cette résistance. De plus, une implication directe des mutualistes dans la définition des prestations complémentaires et des mécanismes de gestion pourrait renforcer la légitimité du dispositif et encourager une adhésion durable à la CMU.

3.3.2 Facteurs expliquant la réticence

Plusieurs facteurs expliquent la réticence des mutualistes face à l'obligation d'enrôlement à la CMU. En premier lieu, 10 % des mutualistes interrogés (soit 15 personnes) évoquent un manque d'information sur le fonctionnement précis de la CMU, créant une incertitude qui limite leur

adhésion au dispositif. L'absence de supports pédagogiques clairs et le défaut de séances de sensibilisation renforcent cette confusion. Les mutualistes estiment qu'ils ne disposent pas de suffisamment de détails sur les modalités d'accès aux soins, les prestations couvertes et les mécanismes de remboursement. Cette opacité dans la transmission de l'information contribue à une compréhension partielle du dispositif, freinant ainsi l'adhésion volontaire.

Ensuite, 8 % des répondants (soit 12 mutualistes) expriment une crainte face au changement, perçu comme une menace pour les acquis sociaux, en particulier dans la gestion des prestations médicales. La transformation de la MUGEF-CI en régime complémentaire est interprétée comme une perte de contrôle sur les prestations et une diminution potentielle de la qualité des services. Les mutualistes redoutent que cette réforme entraîne une réduction de la prise en charge des pathologies spécifiques et une limitation des soins spécialisés. Ce sentiment de déposssession institutionnelle nourrit un scepticisme persistant à l'égard de la réforme.

De plus, 6 % des mutualistes (soit 9 personnes) considèrent la complexité administrative du processus d'enrôlement comme un frein majeur. La lourdeur des démarches, le manque de clarté dans les procédures et la difficulté à obtenir des informations précises sur les documents requis génèrent une frustration croissante. Certains mutualistes rapportent des délais excessifs dans le traitement des demandes et une absence de suivi efficace, renforçant le sentiment d'une bureaucratie lourde et peu réactive.

Enfin, 7 % des répondants (soit 10 mutualistes) mentionnent une inquiétude économique face à une possible augmentation des charges associées à la cotisation obligatoire. La crainte d'une hausse des prélèvements sans une amélioration tangible des services pousse certains mutualistes à remettre en question la viabilité du dispositif. Cette pression financière est perçue comme une menace pour le pouvoir d'achat, déjà fragilisé par le contexte socio-économique actuel. L'absence de garanties sur la stabilité des cotisations et la qualité des prestations accentue cette réticence.

Ces différents éléments traduisent une tension structurelle entre la volonté institutionnelle de généraliser la couverture médicale et la capacité des bénéficiaires à s'adapter aux nouvelles exigences organisationnelles et financières. La perception d'un changement imposé, combinée à une communication insuffisante et à des incertitudes économiques, alimente une résistance persistante face à la CMU. Une stratégie de communication plus transparente, associée à une simplification des procédures et à une stabilisation des cotisations, pourrait permettre d'atténuer ces résistances et de renforcer l'adhésion des mutualistes au dispositif.

3.3.3 Besoin d'une communication adaptée

La réticence des mutualistes à l'égard de l'enrôlement obligatoire à la CMU révèle, entre autres, un besoin criant d'une communication institutionnelle plus claire, accessible et continue. En effet, 10 % des répondants, soit 15 mutualistes sur 150, déclarent ne pas disposer d'informations suffisantes sur les objectifs, les avantages et les modalités pratiques de la réforme. Cette carence engendre des incompréhensions persistantes, alimente les rumeurs et accentue la méfiance vis-à-vis du dispositif. En outre, près de deux tiers des participants (soit environ 100 mutualistes) affirment n'avoir jamais été conviés à une séance de sensibilisation organisée sur la CMU, ce qui limite considérablement leur capacité à s'approprier les fondements de la réforme.

L'absence de canaux de communication interactifs et adaptés aux réalités locales, combinée à une pédagogie institutionnelle jugée insuffisante, freine l'adhésion volontaire. Par ailleurs, 20 % des répondants (soit 30 mutualistes) rapportent avoir été informés tardivement des changements affectant les procédures de remboursement ou les conditions d'accès aux prestations. Cette communication défailante contribue à une perte de repères et fragilise le lien de confiance entre les institutions promotrices de la CMU et les bénéficiaires.

Face à ces constats, il apparaît essentiel de mettre en place une stratégie de communication proactive, participative et contextualisée, capable de vulgariser les termes techniques, d'écouter les préoccupations des usagers et de restaurer un dialogue régulier entre les parties prenantes. Une telle approche pourrait non seulement apaiser les inquiétudes, mais également renforcer l'adhésion des mutualistes en clarifiant les avantages réels du dispositif.

4. Discussion

4.1 Niveau de connaissance des mutualistes des réformes institutionnelles

Les résultats de cette étude révèlent que 26,7 % des mutualistes de la MUGEF-CI à Bouaké déclarent avoir une connaissance claire des réformes institutionnelles introduites avec l'implémentation de la CMU. Ce résultat est cohérent avec plusieurs études menées en Afrique de l'Ouest qui ont montré une faible appropriation des réformes de santé publique par les bénéficiaires. Par exemple, une étude menée au Burkina Faso par Dong et al. (2009) a montré que le niveau de connaissance des réformes institutionnelles est un facteur déterminant dans l'adhésion aux mutuelles de santé. Les auteurs ont mis en évidence le fait que le manque d'information claire sur les réformes constitue un frein majeur à la participation active des populations au dispositif de santé.

De même, une recherche réalisée au Sénégal par Faye et Fall (2021) a démontré que la connaissance partielle des modalités de la couverture maladie, notamment dans le cadre du Plan Sésame, limitait la capacité des bénéficiaires à tirer pleinement parti des prestations offertes. Dans ces contextes, l'accès limité à une information fiable et complète constitue un frein majeur à la compréhension des dispositifs de santé publique.

Cependant, contrairement à ces études, notre recherche montre que le niveau de connaissance est particulièrement faible, même parmi les fonctionnaires du système éducatif, qui constituent une population généralement mieux informée sur les politiques publiques. Cette spécificité pourrait s'expliquer par une communication institutionnelle insuffisante ou mal ciblée de la part de la MUGEF-CI, qui n'aurait pas adapté sa stratégie de sensibilisation à ce groupe socioprofessionnel. Cette méconnaissance des réformes traduit une faiblesse structurelle dans la stratégie de communication institutionnelle de la MUGEF-CI.

4.2 Perceptions contrastées face au caractère complémentaire MUGEF-CI/CMU

Les résultats révèlent une ambivalence dans la perception des réformes institutionnelles. D'un côté, certains mutualistes apprécient l'élargissement du panier de soins, l'amélioration des conditions d'accès aux soins et la formation des professionnels de santé. D'un autre côté, d'autres mutualistes dénoncent la complexité administrative, les délais prolongés dans le

traitement des demandes de remboursement, les ruptures de stock de médicaments et le manque de transparence dans la gestion des prestations.

Cette ambivalence est documentée dans d'autres contextes. Par exemple, une étude réalisée au Rwanda par Schneider et Hanson (2007) a montré que les bénéficiaires des mutuelles de santé apprécient généralement l'extension de la couverture médicale, mais restent méfiants à l'égard des changements structurels qui accompagnent ces réformes. De même, une recherche menée en République démocratique du Congo par Kashongwe (2017) a révélé que, bien que la gratuité de certains actes médicaux soit perçue positivement, la complexité des procédures administratives et le manque d'information claire suscitent une résistance chez les bénéficiaires.

Toutefois, notre étude se distingue par le fait que la résistance observée est associée à une perception de perte de contrôle sur le fonctionnement de la MUGEF-CI. En effet, la transformation de la MUGEF-CI en complémentaire obligatoire à la CMU est perçue comme une contrainte imposée par l'État, réduisant la capacité de décision des mutualistes. Ce sentiment de dépossession institutionnelle est un facteur clé expliquant la méfiance persistante à l'égard des réformes.

Par ailleurs, la perception de l'absence de clarté sur la gestion financière de la MUGEF-CI et le manque de visibilité sur l'allocation des cotisations contribuent à cette ambivalence. Les retards administratifs, la disponibilité limitée des médicaments et le manque de formation des agents de santé sont autant de facteurs qui viennent renforcer cette perception négative.

4.3 Réticences face à l'enrôlement obligatoire à la CMU

La résistance face à l'enrôlement obligatoire à la CMU, exprimée par 20 % des mutualistes interrogés, reflète une véritable crise de confiance institutionnelle. Ce résultat est conforme aux conclusions de plusieurs recherches menées sur les dispositifs de couverture maladie en Afrique. Par exemple, une étude menée au Ghana par Agyepong et Adjei (2008) a montré que l'obligation d'adhésion à la National Health Insurance Scheme (NHIS) a suscité une réticence importante parmi les bénéficiaires, notamment en raison de la perception d'un manque de transparence dans la gestion des cotisations et de l'absence de clarté sur la couverture effective des soins.

Dans le cas de la MUGEF-CI, cette résistance est également renforcée par une crainte du changement institutionnel perçu comme une menace pour les acquis sociaux des fonctionnaires. En effet, la suppression de certains produits optionnels et le passage à une couverture complémentaire obligatoire sont perçus comme une perte de liberté dans la personnalisation des prestations de santé. Ce sentiment de dépossession est amplifié par le manque d'informations claires sur la gestion des cotisations et la prise en charge des soins.

Par ailleurs, l'inquiétude financière face à une potentielle augmentation des charges liées à la cotisation obligatoire est un facteur majeur de résistance. La crainte de voir augmenter le coût des cotisations sans une amélioration proportionnelle des prestations de santé limite la capacité des mutualistes à adhérer pleinement au dispositif de la CMU.

Cependant, une différence clé avec les recherches antérieures réside dans le fait que la résistance observée dans notre étude est principalement d'origine structurelle et non culturelle. Alors qu'au Ghana, la résistance était attribuée à une défiance historique envers les institutions publiques, dans le cas de la MUGEF-CI, elle est liée à une perception d'injustice dans la redistribution des cotisations et une opacité dans la gestion financière.

5. Conclusion

Cette étude a permis d'analyser le niveau de connaissance des mutualistes de la MUGEF-CI à Bouaké face aux réformes institutionnelles induites par la mise en place de la Couverture Maladie Universelle. Les résultats révèlent que seulement 26,7 % des mutualistes interrogés déclarent avoir une connaissance claire des réformes, tandis que 24 % des répondants admettent une compréhension partielle et 49,3 % reconnaissent une absence totale de compréhension des réformes mises en place. Cette situation reflète une lacune structurelle dans la communication institutionnelle et une asymétrie dans l'accès à l'information, limitant ainsi la capacité des bénéficiaires à s'approprier pleinement les transformations du cadre mutualiste.

Par ailleurs, la perception des réformes est marquée par une ambivalence : si certains mutualistes reconnaissent les avantages liés à l'élargissement du panier de soins et à l'adoption de la CMU comme régime de base, d'autres déplorent une perte de contrôle institutionnel et une complexité administrative accrue. Le repositionnement de la MUGEF-CI en complémentaire de la CMU est perçu comme une contrainte institutionnelle, suscitant une méfiance et une résistance persistantes parmi les mutualistes.

Les résultats mettent également en évidence l'insuffisance des mécanismes de sensibilisation et de communication institutionnelle. Le manque de supports d'information adaptés, l'absence de séances de formation régulières et la faible transparence dans la gestion des prestations ont contribué à maintenir une perception confuse des réformes. La faiblesse de la gouvernance institutionnelle, combinée à une communication incomplète, explique en grande partie la méfiance des mutualistes envers le nouveau cadre organisationnel de la MUGEF-CI.

Cette recherche confirme des résultats similaires obtenus dans d'autres contextes africains, où le déficit de communication et le manque de transparence apparaissent comme des freins majeurs à l'adhésion aux dispositifs de couverture santé universelle. Toutefois, cette étude se distingue par le fait qu'elle cible spécifiquement des mutualistes du système éducatif, une population généralement mieux informée, suggérant que la stratégie de communication de la MUGEF-CI doit être mieux adaptée aux caractéristiques socioprofessionnelles des bénéficiaires.

Enfin, en adoptant une approche quantitative rigoureuse, cette recherche permet de dégager des tendances généralisables, offrant ainsi une base solide pour l'élaboration de politiques publiques et de stratégies institutionnelles adaptées à la réalité des bénéficiaires. Les résultats fournissent également des pistes d'amélioration pour renforcer la sensibilisation des mutualistes, simplifier les procédures administratives et améliorer la transparence institutionnelle. Ces conclusions peuvent orienter les décideurs politiques et les gestionnaires de la MUGEF-CI dans l'élaboration de stratégies plus inclusives, favorisant une meilleure

appropriation des réformes institutionnelles et une adhésion plus large aux dispositifs de la CMU.

Reconnaisances

Nous tenons à exprimer notre sincère gratitude à notre directeur de thèse, Professeur Titulaire d'Anthropologie et de Sociologie à l'Université Alassane Ouattara de Bouaké. Son orientation et ses conseils éclairés ont été d'une valeur inestimable tout au long de notre parcours doctoral.

Nous souhaitons également adresser nos remerciements les plus sincères aux mutualistes du système éducatif de la ville de Bouaké qui nous ont généreusement accordé de leur temps pour répondre à notre questionnaire. Leur coopération et leurs contributions ont été essentielles à la réussite de cette recherche.

Conflits d'intérêts

En tant qu'auteur de cet article, je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts avec une tierce personne.

Références bibliographiques

- Agresti, A., & Finlay, B. (2018). *Statistical methods for the social sciences* (5th ed.). Pearson.
- Agence Ivoirienne de Presse. (2024, juin 13). *La MUGEF-CI et les directeurs des établissements publics hospitaliers s'accordent pour une meilleure prise en charge des mutualistes*. Récupéré à partir de <https://www.aip.ci>
- Agyepong, I. A., & Adjei, S. (2008). Public social policy development and implementation: A case study of the Ghana National Health Insurance Scheme. *Health Policy and Planning*, 23(2), 150-160. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn002>
- Bégué, M. (2021). La perception des réformes de santé publique en Afrique : Facteurs d'acceptation et de résistance. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 12(2), 45-67.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5th ed.). Oxford University Press.
- Cleiss. (2019). *La sécurité sociale en Côte d'Ivoire*. Récupéré à partir de <https://www.cleiss.fr>
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). Wiley. <https://archive.org/details/samplingtechniqu00coch>
- Conseil National d'Éthique. (2023). *Lignes directrices pour la recherche en santé publique en Côte d'Ivoire*. Ministère de la Santé.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). SAGE Publications. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/research-design/book246124>
- De Allegri, M., Sanon, M., & Sauerborn, R. (2011). To enrol or not to enrol? A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1520-1527. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.036>
- Dong, H., Kouyaté, B., Cairns, J., & Sauerborn, R. (2009). Determinants of enrolment in community-based health insurance in Burkina Faso. *Health Policy*, 90(3), 266-273. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.06.002>
- Durand, F., Kouadio, J., & Bégué, M. (2022). Politiques publiques de santé et accès aux soins en Afrique de l'Ouest : Enjeux et perspectives. *Revue Internationale de Santé Publique*, 14(3), 102-118. <https://doi.org/10.1016/j.risp.2022.03.001>

- Faye, A., & Fall, M. (2021). Perceptions et utilisation de la Couverture Maladie Universelle (Plan Sésame) chez les personnes âgées au Sénégal. *Global Health Action*, 14(1), 1927333. <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1927333>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE Publications. <https://www.amazon.com/Discovering-Statistics-Using-IBM-SPSS/dp/1526419521>
- Gouvernement de Côte d'Ivoire. (2024). *Arrimage MUGEFCI-CMU : désormais, la MUGEFCI est arrimée à la CMU en tant que régime complémentaire obligatoire*. Récupéré de <https://www.gouv.ci/actualite-article.php?d=4.&recordID=18526>
- Kashongwe, M. M. (2017). *Évaluation du niveau de satisfaction des membres de la mutuelle de santé Kingo La Afya sur les services offerts*. *Mémoire Online*. Récupéré à partir de <https://www.memoireonline.com>
- Martin, P. (2020). Réformes institutionnelles et accès aux soins en Afrique : Cas de la Côte d'Ivoire. *African Journal of Health Policy*, 9(1), 34-56. <https://doi.org/10.1093/ajhp/czaa002>
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Suivi des progrès vers la Couverture sanitaire universelle en Côte d'Ivoire*. Récupéré à partir de <https://www.who.int>
- Séri Bi, N. U. V. (2024). Contribution à l'étude de la Couverture maladie universelle (CMU) en Côte d'Ivoire : Cas de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'État de Côte d'Ivoire (MUGEFCI). *Mémoire Online*. Récupéré à partir de <https://www.memoireonline.com>
- Schneider, P., & Hanson, K. (2007). The impact of micro health insurance on Rwandan health sector performance. *Health Policy and Planning*, 22(3), 175-186. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm011>

© 2025 KOUAME, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative 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.



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 30 March 2025
Accepted, 22 June 2025
Published, 29 June 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Kitoko, E. W et al.(2025). *Perceptions et obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes multipares à Kisangani, République Démocratique du Congo*. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(1), 313-328. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.23>

Research

Perceptions et obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes multipares à Kisangani, République Démocratique du Congo

[Perceptions and Barriers to the Use of Modern Contraceptive Methods among Multiparous Women in Kisangani, Democratic Republic of the Congo]

Kitoko, E. W.^{1, 2*}, Mukandu, B. F.², Wembodinga, U. G.³, Ngbolua, K. N.^{4, 5}, & Mbungu, M. R.⁶

¹Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kisangani, Kisangani, République Démocratique du Congo

²École Doctorale des Sciences de la Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

³Ecole de Santé Publique, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

⁴Département de Biologie, Faculté des Sciences et Technologies, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

⁵Centre de Recherche en Pharmacopée et Médecine Traditionnelle, Institut Supérieur de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

⁶Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

*Correspondance : jpngbolua@unikin.ac.cd ; Tel : +243-816-687-9527;

Résumé

Le recours à l'utilisation des méthodes contraceptives est faible dans la ville de Kisangani. Cette étude se veut d'explorer la perception et les obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes (MCM) par les femmes multipares dans cette entité territoriale. C'est ainsi qu'une étude qualitative a été conduite en Janvier 2025 auprès des femmes multipares à l'aide d'un entretien semi-directif. L'analyse de contenu a permis d'atteindre l'objectif de l'étude. Comme résultats, deux tendances s'étaient dégagées chez les participantes. Les unes estimaient que les MCM sont des moyens efficaces qui aident les femmes en âge de procréer à lutter contre les grossesses non-désirées, d'espacer les naissances et permettre leur reconstitution physique. Les autres pensaient plutôt que les MCM sont sources de certaines maladies et de la stérilité secondaire. En ce sens, elles étaient ainsi perçues comme une chose inutile, indésirable, qui déforme et font peur. On les considérait également comme une fuite de responsabilité et un levier de la prostitution. Les obstacles ressortis par ces participantes se regroupaient en (i) la peur des effets secondaires tels que les complications à long terme (cancer du col et la stérilité secondaire), la polyménorrhée/ménorragie, la perturbation du cycle menstruel, l'amaigrissement ou la prise de poids, les maux de tête, de ventre et autres maladies et (ii) les croyances socio-culturelles essentiellement le refus des maris, les convictions religieuses puis les informations incertaines (les ont dits) d'où un grand penchant vers les méthodes naturelles. L'étude montre donc la nécessité d'une sensibilisation des multipares habitantes de Kisangani sur les MCM afin de faciliter leur utilisation dans cette ville.

Mots clés : Perceptions ; obstacles ; méthodes contraceptives modernes ; multipares

Abstract: The use of contraceptive methods is low in the city of Kisangani. This study aims to explore the perceptions and barriers to the use of modern contraceptive methods (MCM) among multiparous women in this territorial entity. A qualitative study was conducted in January 2025 with multiparous women using semi-structured interviews. Content analysis allowed the study's objectives to be achieved. The results revealed two main trends among the participants. Some believe that MCM were effective tools that help women of childbearing age combat unwanted pregnancies, space out births, and allow for physical recovery. Others view MCM as sources of certain diseases and secondary infertility. In this sense, they are perceived as useless, undesirable, disfiguring, and frightening. MCM are also seen as a way to avoid responsibility and as a tool for prostitution. The obstacles identified by these participants are grouped into (i) fear of side effects such as long-term complications (cervical cancer and secondary infertility), polymenorrhea/menorrhagia, disruption of the menstrual cycle, weight loss or gain, headaches, stomach pains, and other illnesses, and (ii) socio-cultural beliefs, primarily husband refusal, religious convictions, and uncertain information (hearsay), leading to a strong preference for natural methods. The study thus highlights the need for awareness-raising among multiparous women in Kisangani regarding MCM to facilitate their use in the city.

Keywords: Perceptions; Barriers; Modern Contraceptive Methods; Multiparous

1. Introduction

Depuis les civilisations antiques, la possibilité de prévenir les grossesses non désirées a toujours suscité l'intérêt (Berisavac et al., 2009). En effet, la planification familiale en est une stratégie rentable. Cependant, l'adoption de la planification familiale est faible en Afrique subsaharienne en générale (Akamike et al., 2020; Chola et al., 2023; Kibonire & Mphuthi, 2023) et dans la ville de Kisangani en particulier. Au cœur de cette planification, se trouve l'usage des méthodes dites contraceptives qui peuvent être naturelles ou modernes.

Selon une étude récente, malgré les avantages plus larges des méthodes contraceptives, elles demeurent l'un des services de santé sous-utilisés dans plusieurs zones suite à des idées fausses et des valeurs socioculturelles propres à chaque milieu (Endriyas et al., 2018).

Dans la même logique, une étude réalisée dans un pays du sud de Sahara a révélé la présence d'un mélange de mythes biologiques et sociaux et d'idées fausses sur la contraception. Elle souligne également que le faible niveau de connaissances sur la contraception, en particulier sur les craintes liées à la contraception, démontre des lacunes critiques dans les connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive dans cette région (Mwaisaka et al., 2020).

Cependant, les résultats d'une autre récente recherche ont montré que, malgré la bonne connaissance des méthodes de planification familiale parmi les participants, il existait encore des opinions erronées sur les effets secondaires et les réactions étaient mitigées en ce qui concerne la perception de la communauté, le système de croyances et l'impact culturel (Ibikunle et al., 2024).

Toutes ces études montrent que les perceptions des méthodes contraceptives modernes et les barrières à ces méthodes sont multiples et que leur compréhension ne peut s'expliquer exclusivement par des modèles mathématiques ou statistiques au risque de n'être inclusif surtout dans un contexte où les cultures locales sont diverses.

Ainsi, cette étude qualitative est initiée en vue d'explorer la perception des femmes multipares et les obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes (MCM) dans la ville de Kisangani.

Justification et intérêt de l'étude

La Ville de Kisangani, comme la plupart des régions au sud du Sahara est confrontée à plusieurs problèmes parmi lesquels, les complications des grossesses non-désirées tant pour la mère (effets sur sa santé tant physique que mentale) ; pour l'enfant à venir et pour la société (stigmatisation, ruptures familiales, charge financière accrue, interruption des études, etc). Ceci est amplifié par un faible recours aux méthodes contraceptives modernes par les femmes multipares vivantes dans cette ville où la prévalence de ces méthodes était en dessous de 17 % au moment de l'étude (ACP, 2024).

La présente étude trouve son intérêt au niveau social d'une part, mais aussi au niveau de la science d'autre part. Sur le plan social, l'étude contribue à répondre aux besoins des femmes multipares de Kisangani quant à ce qui concerne les accouchements planifiés. Sur le plan scientifique, elle permet de comprendre comment ces femmes multipares perçoivent les MCM et les obstacles à leurs usages. La compréhension de ces perceptions et obstacles contribuera à affiner les interventions et à orienter les politiques publiques de manière à mieux répondre aux besoins locaux, maximisant alors la chance de tirer tous les bénéfices de ces méthodes par les bénéficiaires.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Zone d'étude

La ville de Kisangani, chef-lieu de la province de la Tshopo, a été choisie pour cette étude en raison de la précarité socio-économique de sa population et de la sensibilisation des femmes par des relais communautaires sur les services de planification familiale. Le choix de cette zone est justifié par la dynamique locale et les défis spécifiques auxquels les femmes font face.

2.2. Méthodes

Pour la présente étude, nous avons opté pour une méthode qualitative du type exploratoire conduite dans la ville de Kisangani en Janvier 2025. Cette méthode présente plusieurs enjeux cruciaux. Elle permet une compréhension approfondie des perceptions des femmes multipares concernant les méthodes contraceptives modernes (MCM) et identifie des obstacles spécifiques, tels que les croyances socio-culturelles et les craintes liées aux effets secondaires. Les entretiens semi-directifs offrent une flexibilité, permettant aux participantes d'exprimer librement leurs expériences, ce qui enrichit les données. Cette approche met également en lumière l'influence des contextes culturels sur les perceptions. De plus, elle favorise l'engagement des participantes, renforce la validité des résultats et permet d'explorer des thèmes émergents, contribuant ainsi directement à informer les pratiques et politiques de santé.

Population et Échantillon

La population cible de notre étude est composée des femmes multipares vivants dans la Ville de Kisangani. La cible de cette étude se concentre sur les femmes multipares, car elles représentent un groupe spécifique souvent négligé dans les discussions sur la contraception. Leur expérience unique en matière de maternité et de santé reproductive les expose à des perceptions et des obstacles distincts concernant les méthodes contraceptives modernes. En les sélectionnant, l'étude vise à comprendre

leurs besoins spécifiques, à identifier des solutions adaptées et à améliorer leur accès aux MCM dans un contexte culturel particulier.

Les participantes ont été sélectionnées selon les critères d'inclusion suivants : Être une femme multipare ; Avoir passé au moins trois mois de résidence à Kisangani ; Avoir consenti librement à participer à l'étude.

2.2.1. Critères d'exclusion :

- Être multipare non cohérente ;
- Ne pas être capable de s'exprimer facilement dans l'une de trois principales langues retenues pour l'entretien (Français, Swahili ou Lingala).

Nous avons fait recours à l'échantillonnage à choix raisonné où seules les femmes multipares résidentes à Kisangani ont été approchées pour l'entretien. Ce processus a été guidé par le principe de la saturation des données et de la redondance des informations collectées. C'est ainsi que nous nous sommes arrêté à la vingt-deuxième femme interviewée sachant qu'à partir de la dix-huitième, il n'y avait plus de nouvelles informations.

2.2.2. Technique et Instrument de Collecte des Données

Nous avons utilisé la technique d'entretien semi-directif. L'entretien semi-directif est essentiel pour explorer les perceptions et obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes (MCM) chez les femmes multipares. Cette méthode flexible permet un échange ouvert, révélant des nuances culturelles et émotionnelles, et assurant ainsi des données riches qui renforcent la pertinence et la validité des résultats. Cet entretien était réalisé face à face avec les participantes. L'ensemble de questions étaient condensé dans un questionnaire guide d'entretien conçu à la lumière de la littérature et en fonction de l'objectif de l'étude. Les informations étaient enregistrées dans le magnétophone de nos téléphones avec système Android incorporé. Traitement et

2.2.3. Collectes des données

Une fois en contact avec les informatrices-clés que sont les femmes multipares vivant à Kisangani, nous leur expliquions l'objectif de l'étude et les autres informations nécessaires en vue de l'obtention de leur consentement libre et éclairé. Après cela venait le moment d'entretien avec celles-ci. En cas de besoin, des relances ont été faites pour clarifier les questions posées. La stratégie de contact avec les participantes a impliqué des consultations préscolaires, où des femmes multipares ont été identifiées. Lors de ces consultations, des informations sur l'étude ont été partagées, mettant en avant son objectif et son importance. Les professionnelles de santé de ce service ont joué un rôle clé en expliquant l'étude et en facilitant le consentement des participantes. Ce cadre familial a permis de créer un climat de confiance, encourageant les femmes à s'engager dans l'étude et à partager leurs expériences.

2.3. Analyse des informations recueillies

Les informations enregistrées ont été analysées en trois étapes. D'abord, nous avons auditionné les enregistrements ; ensuite, nous les avons fidèlement transcrites ; enfin, nous avons procédé au codage par un processus d'analyse de contenu où nous donnions une signification à chaque contenu de la transcription. Ainsi en remontant, nous avons obtenus de verbatim : les significations ou sous

catégories, les catégories et les sous-thèmes puis finalement notre thème central. L'ancrage théorique de l'étude repose sur la théorie du comportement planifié, qui examine comment les croyances et les attitudes influencent l'adoption des méthodes contraceptives modernes (MCM). La théorie de la santé de l'usage (Health Belief Model) complète cette approche, en analysant comment les perceptions des risques et des bénéfices affectent les décisions des femmes multipares concernant l'utilisation des MCM. Dans la présentation des résultats, chaque participante était symbolisée par P entre crochet afin de garantir l'anonymat mais favoriser entre temps la description du répondant. Ainsi, [P1] par exemple signifie la première personne, [P2] la deuxième, etc.

2.4. Considérations éthiques et règlementaires

La recherche a été réalisée en respectant les procédures usuelles. Les autorisations requises étaient préalablement obtenues. L'étude a été validée par le comité d'éthique de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa et dans chaque structure un visa local était accordé. L'anonymat et la confidentialité ont été observés tout au long de la collecte et traitement des données. De même, chaque participant avait consenti librement de participer à l'étude et chaque participante avait la liberté de se retirer au moment voulu.

3. Résultats

3.1. Présentation des participants

Le tableau 1 décrit les participantes en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques qui sont essentiellement l'âge, l'état matrimonial, la parité symbolisé par P, le niveau d'étude, l'activité principale ou la profession ainsi que l'âge de la mère au premier accouchement (âge au P1). Cette description permet aux lecteurs de lier chaque déclaration (verbatim) à son émetteur.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Individu [code]	Age année)	(€ Etat matrimonial	Parité	Niveau d'étude	Profession	Age au Parité 1
[P1]	41	Marié	5	Diplômé	Petit commerce	27
[P2]	34	Marié	3	Licencié	Infirmier	31
[P3]	32	Marié	4	Secondaire	Petit commerce	20
[P4]	30	Marié	3	Secondaire	Cacheur	17
[P5]	29	Marié	2	Secondaire	Aucune	27
[P6]	30	Marié	5	Primaire	Petit commerce	13
[P7]	34	Marié	2	Secondaire	Petit commerce	22
[P8]	25	Célibataire	2	Primaire	Aucune	19
[P9]	35	Marié	3	Secondaire	Employé	27
[P10]	40	Marié	3	Licencié	Ambulatoire	19
[P11]	30	Marié	5	Primaire	Aucune	15
[P12]	30	Marié	5	Primaire	Aucune	16
[P13]	37	Marié	6	Secondaire	Petit commerce	22
[P14]	23	Marié	2	Supérieur	Aucune	16
[P15]	25	Célibataire	2	Primaire	Aucune	19
[P16]	20	Marié	2	Primaire	Aucune	16
[P17]	29	Marié	5	Primaire	Aucune	18
[P18]	28	Marié	2	Secondaire	Petit commerce	22
[P19]	23	Marié	2	Secondaire	Aucune	20
[P20]	25	Marié	3	Secondaire	Couturière	20
[P21]	36	Marié	3	Secondaire	Aucune	24
[P22]	35	Marié	3	Infirmier A2	Aucune	27

On constate que la plupart de répondantes étaient dans le trentaine, mariées, avec deux enfants et un niveau d'étude secondaire. Une grande partie n'avait aucune activité professionnelle et un bon nombre avait accouché pour la première fois à moins de 20 ans.

3.2. Connaissances des méthodes contraceptives

Afin d'éviter les grossesses non désirées, les participantes ont mis en avant les méthodes naturelles telles que le calendrier, le coït interrompu, le collier du cycle, la méthode Mama ou l'allaitement maternel exclusif ainsi que l'abstinence sexuelle. Quelques-unes ont évoqué les méthodes modernes dont l'implant, le Dépo-provera, la pilule d'urgence et le préservatif. En outre, des méthodes non conventionnelles sont également citées notamment les médicaments génériques (amoxicilline, paracétamol, etc).

Tableau 2 : Connaissance des méthodes contraceptives

Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Méthodes naturelles	La méthode de calendrier	... nous faisons des calculs de nos cycles d'ovulation [P3]. pour ne pas tomber enceinte nous calculons seulement les dates [P4]. La façon de ne pas tomber enceinte tu peux utiliser le calendrier [P5]. Pour moi je peux même faire des calculs de fausses dates [P6] elle peut utiliser son cycle [P11]. Tu peux tomber enceinte en une mauvaise période seulement [P12]. Je peux faire seulement le calcul normal [P14].
	Le collier du cycle	tu peux utiliser aussi seulement les choses qu'on vend au marché-là tu peux les prendre tu calcule à l'aide de cela [P5].
	Le coït interrompu	je n'aime pas que l'homme puisse verser de l'eau à l'intérieur [P1]
	La méthode Mama/AME	... quand j'allait [P1]
	Abstinence sexuelle	Si tu refuses de coucher avec l'homme [P19]
Méthodes modernes	L'implant	Les médicaments-là... tu vas taper parfois ça disparaît dans l'organisme [P5]...des injections qu'on nous amène-là [P6]. Nous nous réfugions seulement avec les médicaments des soignants soit tu mets celui de cinq, [P7]. Il faut que je me protège avec des piqûres [P8] Je peux utiliser des injections [P9]... les blancs ont sorti pour nous de piqûre ici [P18]. je peux prendre la piqûre de repos de cinq [P22].
	Le Dépo-provera	...soit tu places celui de trois mois [P7]
	La pilule d'urgence	...soit avec des comprimés [P8].
Autres méthodes	Le préservatif	Nous nous utilisons le condom [P13].
	Médicament non reconnu comme contraceptif	Tu peux seulement prendre les médicaments : Amoxi [P16]. Nous buvons seulement des médicaments : Para, décaris, [P20].

3.3. Perceptions individuelles sur les méthodes contraceptives modernes

Il y a une perception positive et négative des MCM par les participantes. Positivement, les unes estiment que c'est un moyen efficace qui aide les femmes en âge de procréer à lutter contre les grossesses non-désirées, d'espacer les naissances et permettre leur reconstitution physique. Négativement, elles pensent que les MCM sont sources de certaines maladies et de la stérilité secondaire. Les MCM se perçoivent ainsi comme une chose inutile, indésirable, qui déforme et font peur.

Tableau 3 : Perception individuelle sur les MCM

Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Perception positive des MCM	Moyen efficace d'aide à la lutte contre les grossesses non-désirées	le médicament-là de blancs est efficace puisque si tu l'utilises, il t'empêche vraiment que tu ne puisses pas tomber enceinte au moment que tu ne veux pas [P2]. Pour refuser d'attraper la grossesse [P3] Ces médicaments sont bons ils aident [P7]. Puisque quelqu'un accouche au moment qu'il veut [P8]. Bon pour moi je pense que c'était une bonne aide [P10]. ma compréhension est que ici je me protège d'abord je ne tombe pas enceinte maintenant [P15]. si j'ai envie d'accoucher, là j'arrête d'utiliser les médicaments que j'utilise [P16]... c'est pour nous aider seulement [P18].
	Outil d'espacement de naissances pour reposer la mère	je vois qu'on nous a fait sortir une chose d'abord bonne qui peut d'abord faire reposer quelqu'un [P8]. Bon nous nous l'utilisons seulement pour faire l'espacement de naissance [P9]...que je sache comment empêcher d'accoucher pour que les enfants ne se succèdent pas [P20].
Perception négative des MCM	Cause de stérilité secondaire	Pour moi je ne peux pas aimer les médicaments ! j'ai besoin de procréer [P1]...que tu tombes encore enceinte il n'y a pas de grossesse ça fait fuir la procréation [P6] ça peut amener la personne à la stérilité [P5]
	Source des maladies	parfois ça donne aux gens des paralysies, ça donne la maladie au corps ... on donne les noms de beaucoup des maladies. [P12].
	Chose indésirable : Ce qu'on n'aime utiliser puisque c'est mauvais	Pour moi je n'ai aucune idée pour ça puisque je n'aime pas ça aussi [P4]. Par rapport à mon idée maman je ne veux pas à moi ce médicament... je n'aime pas ces médicaments-là [P5]. Dans mon idée je vois ceci : en tout cas ce n'est pas un bon médicament pour notre corps [P6]. Moi j'ai utilisé ce médicament-là c'est mauvais C'est ainsi que j'ai laissé [P13]. Ça là vraiment chez moi je ne l'utilise pas [P14]. Je ne l'utilise pas [P19]. Je ne les utilise pas [P20].
	Chose inutile : Qui n'a pas de sens Qui déforme Qui fait peur	... ça n'a pas même de sens [P6] Les médicament en question c'est quoi même ? [P12] ça montre que ça ne fait rien [P20]. le corps se déforme, cela endommage le corps [P6]. Comme vous avez sorti ces médicaments là nous autres nous avons peur [P12]

3.4. Perceptions sociales des MCM

Les participantes estiment que les habitants de Kisangani croient aux MCM et ceux qui les utilisent les font avec beaucoup de réserve. Elles signalent en outre que pour ces habitantes, les MCM sont à la base de la stérilité secondaire, de certains cas de décès présents ou à venir, elles rendent irresponsable et favorisent la prostitution dans la ville, font peur aux gens et sont une mauvaise chose qu'on doit refuser.

Tableau 4 : Perceptions sociales des MCM

Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Perception positive	Les MCM aident les gens	Ils utilisent ça en tout cas, vraiment ça d'abord ça aide vraiment [P7]. Puisque tu es une personne tu aimes faire les choses rapports sexuels ; cela aide [P8]. Ils passent seulement à des choses dire que : pour reposer les naissances, ils passent pour nous dire pour reposer les naissances alors nous utilisons ces médicaments [P9]. Eux ils voient cela normal [P11]. Les blancs ont fait les médicaments seulement pour nous aider [P17]. C'est venu aussi aider beaucoup de gens [P20].
	Elles peuvent être utilisées	beaucoup de gens ont envie de les utiliser [P10]. Puisqu'ils acceptent ils les utilisent [P11]. Les jeunes filles actuelles mettent à ces jours ces médicaments pour empêcher la grossesse [P16].
Perception négative	Cause de stérilité secondaire	ça devient encore parfois difficile pour accoucher. Parfois ça bloque [P4].
	Cause de décès chez les femmes	Ces médicaments de blancs ...vont tuer les gens dans l'avenir [P2]. Tu mets comme ça ça disparaît dans le corps ça te tue seulement comme ça [P15].
	Cause des maladies	ces médicaments-là vont nous amener des maladies après [P20].
	Fuite de responsabilité	D'accord j'ai suivi, là c'est fouir la charge [P1].
	Facteur favorisant la prostitution	Cela favorise trop la prostitution dans la ville [P1].
	Stresseur : une chose qui fait peur	nous avons commencé à craindre les piqûres les effets sont nombreux [P3]. La façon dont seulement ils racontent des histoires j'avais mis la piqûre ici c'est sorti c'est arrivé ici on m'a fait l'opération... [P5]. Une autre personne quand elle l'utilise ça le fait grossir. C'est comme ça que tu vois les gens en ont la peur [P10].
	Mauvaise chose	Ce médicament-là moi je vois que c'est très mauvais [P13]. Ces médicaments vraiment c'est ne pas bon [P15].
Indécision totale	Une chose à refuser	Nous nous opposons de cela. Pour moi je vois seulement que non, que ça s'arrête d'abord là. Il n'y a plus moyen de continuer avec ça [P6]. Normalement si tu regardes là nous sommes nombreux les refusent [P22].
	Pas d'opinion sur l'ensemble de la province	Moi je ne sais pas à moi papa [P12]. Ça là je ne sais pas eux-mêmes connaissent le projet qu'ils ont. Pour la population, je ne sais pas à moi [P14]. Je ne connais même pas leurs idées [P17]. Ça là je ne sais pas selon eux [P19].

3.5. Expérience personnelle avec les MCM

Les participantes ont une expérience d'utilisation des méthodes contraceptives modernes (implant, préservatifs, pilule d'urgence), les méthodes naturelles (calendrier et coït interrompu) ou rien. Les autres ont plutôt une expérience des effets secondaires des MCM qui se résument en polyménorrhée, les nausées, vomissements, etc.

Tableau 5 : Expérience personnelle avec les Méthodes contraceptives

Catégories	Sous-catégories	Sous-sous catégorie	Verbatim
Expérience en rapport avec l'utilisation des méthodes contraceptives	Usage des méthodes contraceptives modernes	Usage d'implant	Pour le moment je me suis déjà reposé j'ai mis à moi le plastique dans le corps je me suis reposé [P8]. Je préfère celui de cinq ans puisque j'ai la facilité de me reposer pendant une longue période [P22].
		Usage de Dépo-provera	Je mets à moi ce médicament-là de trois mois si on me tape à moi mes trois mois de moi, j'en ai dans le corps après trois mois si cela expire je pars encore je renouvelle au corps [P7]. J'avais commencé à mettre celui-là de trois mois [P11]. La piqûre de dépo qu'on tape sur le bras [P15].
		Usage des préservatifs	Ou bien nous prenons des prudences nous les utilisons [P5]. Utiliser ce qu'on appelle en français capote-condom que nous appelons « mupila » [P10]. Ce que j'utilise souvent c'est la prudence [P14].
		Usage des produits non-conventionnels	Papa de moi, nous avons commencé à boire des bactrimés des aspirines c'est ce qui a commencé à nous aider [P3]. Si je fini mes affaires je prends l'amoxi avec le para j'associe, pour que cela m'empêche de tomber enceinte [P16].
	Usage des méthodes naturelles	Usage de pilule d'urgence	Le comprimé je l'utilise quand je viens de faire le rapport avec l'homme je rentre je le bois [P8].
		Privilégier le coït interrompu	je ne vais pas accepter que tu puisses verser de l'eau dans mon ventre [P1]. J'utilise : le coït interrompu [P2]. Ou bien nous versons en dehors [P5].
		Privilégier la méthode de calendrier	Je calcule seulement mes dates [P4]. Si j'ai besoin que la grossesse n'arrive pas je fais mes calculs normal [P5]. Je peux seulement faire des calculs que je faisais avant là quand les affaires ici des injections n'étaient pas encore arrivées [P6]. J'utilise d'autres façons éviter que la grossesse arrive ; comme la manière de lire les jours de calendrier [P10].
Expérience en rapport avec les conséquences des MCM	Usage d'aucune méthode	Pas des méthodes contraceptives	Moi je n'utilise à moi rien [P12]. Je n'utilise aussi absolument aucun de tout cela [P17]. Je n'ai vraiment aucune expérience [P20].
	Effets secondaires	- Nausées et vomissements - Polyménorrhée - Etc.	Par moment si je reste, je sens la nausée vraiment avec envie de vomir [P13]. Ça me faisait sortir trop du sang [P13]...ont beaucoup d'inconvénients ces médicaments-là [P15]. J'en ai parce que je vois une de mes camarades voulait mourir...elle a eu beaucoup

d'hémorragie elle voulait mourir. Quand on est allé la lui enlever, là elle a retrouvé sa santé [P21]. les conséquences qui sont survenu chez moi en tout cas je n'aime plus encore cette affaire [P6].

3.6. Obstacles à l'utilisation des MCM

Ces obstacles tels que présentés par les participantes se regroupent en (i) la peur des effets secondaires qui sont les complications à long terme comme le cancer du col et la stérilité secondaire, la polyménorrhée/ménorragie, la perturbation du cycle menstruel, l'amaigrissement ou la prise de poids ainsi que les maux de tête, de ventre et autres maladies ; (ii) les croyances socio-culturelles essentiellement les convictions religieuses, les informations incertaines (les ont dits) et le refus des maris.

Tableau 6 : Obstacles à l'utilisation des MCM

Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Peur des effets secondaires	Complications à long terme (cancer du col, stérilité secondaire	comme si à la longue, beaucoup de femme souffriront de cancer surtout au niveau du col [P2]. parfois tu mets, tu vois ça bloque encore la procréation pour du bon. Tu ne vas plus accoucher. Cela abime la procréation [P14]. si tu veux accoucher tu peux avorter même cinq fois et maintenant tu viens accouche [P19].
	Polyménorrhée ou Ménorragie	Si je vois le sang fait près de trois semaines [P1]. Les autres si elle commence à les utiliser, ses règles prennent trop du temps et ça sort trop [P2]. Le premier est d'abord comme ils nous font sortir du sang papa [P3]. tu verras le sang régler, même combien de mois le sang ne s'arrête pas [P5]. le sang sort beaucoup ça n'a même pas de sens. Parfois tu règles comme ça un mois [P6]. parfois quand tu utilises ces médicaments-là, tu commences à aller jusqu'à une semaine deux semaines tu règles seulement [P7]. les gens les refusent puisque ; la façon dont ça fait couler beaucoup du sang à d'autres personnes [P10]. Quand tu règles, trop vraiment [P11]. jusque parfois deux semaines tu es seulement dans le sang [P12]. Règle, ça sort beaucoup. Ça ne s'arrête pas tôt [P13]. tu commences à saigner le sang un peu trop [P14]. s'il arrive de sang coulé, trop de problèmes [P20]. ça bloque, même régler ici, tu vois quelqu'un faire avec une semaine ça sort un peu un peu [P21].
	Perturbation du cycle menstruel	tu vas rester là parfois tout un mois tu ne vois pas, parfois l'autre mois-là alors tu vas aller voir [P7]. à certains moments tu verras tu ne règles plus. Ça te bloque de régler parfois tu ne règles plus bien [P9]. Ça perturbe d'abord ton cycle [P11]. L'autre fait deux mois elle ne règle pas [P16]. ça bloque les règles [P19].
	Amaigrissement ou prise de poids	Les obstacles qu'il y a par rapport aux médicaments qui empêchent la grossesse non désirée c'est l'amaigrissement [P2]. Les obstacles que je connais, l'amaigrissement [P6]. La façon dont ça fait aussi grossir d'autres personnes. Une autre personne d'ailleurs est maigrit [P10]. Si je l'utilise à chaque fois je mets la piqure il faut que la santé parte [P22].
	Maux de tête, de ventre et autres maladies	Maux de tête eh, ce que, ça frappe vraiment le corps [P6]. comme ça crée des maladies dans le corps [P12]. Les maux de ventre [P13]. ces médicaments ont beaucoup d'effets dans le corps parfois des maladies

multiples [P15]. Les difficultés il y en a papa les maladies [P20].

Croyances socio-culturelles	Conviction religieuse	Dieu lui savait que toute femme qui viendra au monde il faut qu'elle accouche. C'est Dieu qui connaît c'est lui le juge c'est lui qui arrête l'accouchement [P11].
	Informations incertaines (les ont dits)	...comme on le dit [P2]. la façon dont nous attendons [P4]. tu verras quelqu'un raconte que ce médicament-là, ah [P5]. les gens disent oh une semaine, oh c'est disparu c'est disparu [P8]. On a dit ça fait seulement du mal au corps après des jours [P18]. je ne les ai pas encore découverts. Mais nombreux disent que la piqure disparaît dans le corps [P22].
	Refus des maris	les hommes n'aiment pas à eux ces médicaments-là [P7].

3.7. Facteurs facilitant l'usage des MCM

Les participantes ressortent le renforcement de capacité de la population sur les MCM à travers une sensibilisation ou formation, l'implication des conjoints, la modification des produits à utiliser puis la promotion des méthodes naturelles ainsi que l'implication des autorités compétentes en terme de régulation du secteur et la gratuité des intrants comme facteurs susceptibles de faciliter l'usage des MCM à Kisangani.

Tableau 7 : Facteurs facilitant l'usage des MCM

Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Renforcement de capacité de la population sur les MCM	Sensibilisation de la population sur l'usage des MCM et ses effets secondaires	Que les soignants descendent, qu'ils expliquent aux gens de façon profonde pour qu'ils acceptent d'utiliser ces médicaments [P1]. Il faut que les personnels de santé, les infirmiers descendent dans communauté [P2]. Je vais seulement ajouter que vous puissiez faire apprendre à beaucoup de personnes ... [P4]. les hommes n'aiment pas à eux ces médicaments-là [P5]. on ne sait pas ce qui y arrivera après nous ne savons si après cela nous sera comment [P9]. si nous pouvons montrer aux gens la façon de les utiliser, en faire une sensibilisation,... [P10]. prochainement si vous venez, venez aussi nous aider avec d'autres idées pour que nous puissions aussi connaître l'expérience que nous puissions aussi nous reposer d'accoucher [P17]. ça peut demander la sensibilisation, sensibiliser les mamans ou bien donner des formations. Comme moi je voudrais savoir comme ce que j'ai remarqué chez moi... [P22]. Merci aussi papa pour l'idée que tu es venu nous donné [P13].
Modification des produits à utiliser	Changement de forme des contraceptifs	Que vous changiez d'abord ces méthodes-là papa [P3]. Qu'on les retourne d'où c'était venu [P5]. L'idée c'est seulement les blancs nous cherchent des solutions qu'ils diminuent pour nous la dose de médicament [P14]. si vous avez des médicaments qui vont aider les femmes moins les piqures, moins quoi vous les amener [P20].
	Promouvoir les méthodes naturelles	expliquer aux gens...comment lire les jours dans le calendrier et l'autre aussi que nous voulons apprendre aux mamans c'est allaiter les enfants [P10].
Implication des autorités compétentes	Régulation par les autorités locales	Pour moi, je demanderai seulement aux autorités de la place d'interdire ces médicaments-là [P5]. là il faut que les autorités puissent s'imposer. il faut que les autorités puissent interdire [P16].

Implication des conjoints	je demanderai seulement : que nos maris laissent les mamans prendre ce médicament [P7].
Gratuité des contraceptifs	Cela peut réussir d'appeler les gens et les leur remettre gratuitement [P8].

4. Discussion

Cette étude qualitative a permis de comprendre les perceptions et les obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes multipares habitantes dans la Ville de Kisangani. Les principaux résultats obtenus font l'objet de cette discussion d'où l'on note que (1) les femmes apprécient les avantages des méthodes contraceptives modernes, (2) les croyances socio-culturelles freinent leur acceptation, (3) les effets secondaires des MCM suscitent des inquiétudes chez les femmes multipares, (4) il existe un manque d'information fiable sur les MCM puis (5) le soutien familial est crucial pour l'adoption des MCM.

4.1. Connaissances locales, perceptions et expériences sur les méthodes contraceptives modernes

Nous avons trouvé que les participantes à l'étude connaissent qu'on peut éviter les grossesses non-désirées en faisant recours soit aux méthodes naturelles, soit aux méthodes modernes. Cependant, des perceptions, deux tendances se sont dégagées chez ces dernières conditionnant ainsi le choix de méthode à privilégier.

4.1.1. Perceptions positives

Positivement, les méthodes contraceptives modernes représentent pour certains répondants, des moyens efficaces qui aident les femmes en âge de procréer à lutter contre les grossesses non-désirées, à espacer les naissances et faire reposer ces femmes.

Cette perception positive est à encourager car la mise en place des méthodes contraceptives modernes c'est de faciliter les femmes à réduire tout accouchement non planifié (Berisavac et al., 2009; Jain & Muralidhar, 2011). Malheureusement, c'est une frange limitée des participantes qui a pensé ainsi dans notre contexte d'étude.

A noter également qu'il existe quand-même des femmes ayant l'expérience d'utilisation des MCM dans la ville de Kisangani et principalement l'implant, le dépo-provera, les préservatifs puis la pilule d'urgence.

4.1.2. Perceptions négatives

Négativement, elles pensent que les MCM sont sources de certaines maladies et de la stérilité secondaire. En ce sens, elles sont ainsi perçues comme une chose inutile, indésirable, qui déforme et font peur.

Ces perceptions négatives sont dangereuses car elles peuvent influencer négativement l'intention et la volonté de recourir aux méthodes contraceptives modernes. Sa conséquence logique est le fait de privilégier les méthodes naturelles (calendrier et coït interrompu) qui sont d'efficacité insatisfaisante avec faible rendement.

Une telle perception qui ignore l'importance de ces méthodes tel que définie supra, est mauvaise car elle peut réduire le nombre des utilisateurs de contraceptifs modernes (Wulandari et al., 2021).

4.2. Obstacles à l'usage des méthodes contraceptives modernes

Les obstacles ressortis par ces participantes se regroupent en deux : (i) peur des effets secondaires et (ii) l'influence des croyances socio-culturelles.

4.2.1. Peur des effets secondaires comme obstacle à l'utilisation des MCM

La peur des effets secondaires qui sont les complications à long terme (cancer du col et la stérilité secondaire), la polyménorrhée/ménorragie, la perturbation du cycle menstruel, l'amaigrissement ou la

prise de poids, les maux de tête, de ventre et autres maladies ont été déclarées par les répondantes comme famille des obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

De la littérature, les obstacles connus à l'adoption de ces méthodes sont notamment les effets secondaires, l'accès aux produits de base et l'approbation du partenaire (Ochako et al., 2015a). Au Kenya, les raisons courantes de l'arrêt des MCM comprenaient les effets secondaires, l'opposition des maris, les restrictions imposées par les prestataires et/ou les cliniques, les idées fausses sur les injectables, les ruptures de stock et le manque d'argent pour payer les services de planification familiale (Burke & Ambasa-Shisanya, 2011).

Il est ici important de reconnaître que les contraceptifs hormonaux modernes et les dispositifs intra-utérins ont de multiples effets biologiques tels que le montre la littérature (Rivera et al., 1999). Ces effets une fois mal compris par la population, ils peuvent dégouter les cibles à son usage.

Dans une étude réalisée par Yee et Simon en 2011, il a été trouvé que les expériences négatives avec le conseil en contraception peuvent affecter l'utilisation de la contraception (Yee & Simon, 2011). En ce sens, les participantes à notre étude ont signalé avoir une mauvaise expérience en matière des MCM manifesté par la polyménorrhée, les nausées et vomissements.

4.2.2. Les croyances socio-culturelles comme obstacle à l'utilisation des MCM

Les femmes multipares ayant pris part à l'étude ont indiqué que les croyances dont les convictions religieuses et les informations sans sources fiables (les ont dits) comme barrières culturelles aux MCM. Le rôle des croyances dans l'usage des méthodes contraceptives modernes a été mis en évidence dans une étude sur les perceptions de coercition, de discrimination et d'autres expériences négatives dans le cadre du conseil en contraception post-partum pour les femmes issues de minorités à faible revenu (Yee & Simon, 2011).

Ibikunle et al avaient conclu en 2024 que les réactions à l'adoption de la planification familiale sont diverses en raison de perceptions, de croyances culturelles et religieuses et de facteurs déterminants variés (Ibikunle et al., 2024).

L'influence des paires n'est donc pas à négliger parmi les obstacles aux MCM (Calhoun et al., 2022). Au Kenya, les mythes et les idées fausses étaient également perçus comme obstacle à l'usage des MCM (Ochako et al., 2015b).

4.3. Facteurs facilitant l'utilisation des MCM

Les participantes ressortent le renforcement de capacité de la population sur les MCM à travers une sensibilisation ou formation, l'association du partenaire, la modification des produits à utiliser puis la promotion des méthodes naturelles ainsi que l'implication des autorités compétentes en terme de régulation du secteur et la gratuité des intrants comme facteurs susceptibles de faciliter l'usage des MCM à Kisangani. Ces résultats corroborent plusieurs études qui montrent l'importance d'amélioration du niveau de connaissance de la population sur les méthodes contraceptives dans l'usage de ces méthodes (Black et al., 2012). De leur côté, Kibonire et Mphuthi avaient conclu leur étude en recommandant de renforcer la communication sur le changement social et comportemental afin de booster l'utilisation des méthodes contraceptives réversibles à action prolongée en milieu rural (Kibonire & Mphuthi, 2023).

Forces de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces majeures qui renforcent la qualité et la pertinence de ses résultats. L'approche qualitative, fondée sur des entretiens semi-directifs, permet une exploration approfondie

des perceptions et des expériences des participantes, offrant ainsi une compréhension nuancée de la problématique étudiée. La conduite des entretiens dans un contexte réel, à savoir lors des consultations préscolaires, crée un environnement familier et rassurant qui favorise l'engagement et la spontanéité des participantes. De plus, l'intégration des croyances et normes culturelles locales confère une grande pertinence socioculturelle à l'analyse, enrichissant à la fois la qualité des données recueillies et leur interprétation. Enfin, les résultats obtenus présentent des implications pratiques importantes, susceptibles d'influencer directement les politiques de santé reproductive et de contribuer à une amélioration concrète de l'accès aux méthodes contraceptives modernes.

Faiblesses ou limites de l'étude :

Cette étude présente néanmoins certaines limites qu'il convient de reconnaître. L'échantillon restreint pourrait ne pas refléter la diversité des expériences et opinions de l'ensemble des femmes multipares, limitant ainsi la généralisation des résultats. Un biais de réponse est également possible, dans la mesure où les participantes peuvent avoir adapté leurs réponses à ce qu'elles considèrent comme socialement acceptable, influençant ainsi l'authenticité des données recueillies. Par ailleurs, la nature subjective des perceptions exprimées rend l'analyse plus complexe, car les expériences personnelles varient considérablement d'une participante à l'autre.

5. Conclusion

La présente étude a permis de comprendre les perceptions des femmes multipares et obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes dans la ville de Kisangani. Elle suggère que ces femmes n'ont pas une perception univoque vis-à-vis de ces méthodes et que les obstacles à leur utilisation sont multiples.

Les implications de cette étude sont multiples et appellent à une action concertée à différents niveaux. Il est essentiel de mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation et d'éducation à destination des femmes multipares afin de les informer sur les avantages et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes (MCM), à travers notamment des ateliers communautaires et des séances éducatives dans les centres de santé de la ville de Kisangani. Les résultats obtenus peuvent aussi guider l'élaboration de politiques publiques plus adaptées en matière de santé reproductive, en intégrant les perceptions et obstacles identifiés dans les stratégies de planification familiale.

De plus, la formation des professionnels de santé apparaît comme une priorité afin qu'ils soient mieux préparés à répondre aux préoccupations des femmes, améliorant ainsi la qualité de la communication et réduisant la désinformation sur les MCM. L'implication active des conjoints dans les discussions sur la contraception est également cruciale pour surmonter les résistances masculines et créer un climat favorable à l'adoption des MCM. Par ailleurs, les services de santé doivent être réajustés pour prendre en compte les réalités socio-culturelles et les peurs des femmes, afin de rendre les méthodes plus accessibles et acceptables. L'étude met également en lumière la nécessité de mener des recherches supplémentaires sur les perceptions des diverses communautés et sur l'efficacité des stratégies de sensibilisation. Enfin, la mise en place de réseaux de soutien communautaire pourrait permettre de valoriser les expériences positives et de déconstruire les mythes persistants autour des MCM, favorisant ainsi leur acceptation.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts de quelle nature que ça soit.

Remerciements

La participation volontaire des femmes multipares à l'étude est vivement appréciée. De plus, un grand remerciement est adressé aux autorités compétentes pour avoir facilité la conduite de cette étude dans la ville de Kisangani.

Références

- ACP. (2024, septembre 29). Tshopo : La prévalence contraceptive améliorée de 12% à 16% (Programme national de santé de la reproduction). *ACP*. <https://acp.cd/sante/tshopo-la-prevalence-contraceptive-amelioree-de-12-a-18-programme-national-de-sante-de-la-reproduction/>
- Akamike, I. C., Madubueze, U. C., Okedo-Alex, I. N., Anyigor, C. J., Azuogu, B. N., Umeokonkwo, C. D., & Mbachu, C. O. (2020). Perception, pattern of use, partner support and determinants of uptake of family planning methods among women in rural communities in Southeast Nigeria. *Contraception and Reproductive Medicine*, 5(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s40834-020-00120-x>
- Berisavac, M., Sparić, R., & Argirović, R. (2009). Contraception : Modern trends and controversies. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 137(5-6), 310-319. <https://doiserbia.nb.rs/Article.aspx?ID=0370-81790906310B>
- Black, K., Lotke, P., Buhling, K. J., Zite, N. B., & group, on behalf of the I. contraception for N. women: T. R. into A. (INTRA). (2012). A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13625187.2012.700744>
- Burke, H. M., & Ambasa-Shisanya, C. (2011). Qualitative study of reasons for discontinuation of injectable contraceptives among users and salient reference groups in Kenya. *African Journal of Reproductive Health*, 15(2), 67-78.
- Calhoun, L., Mirzoyants, A., Thuku, S., Benova, L., Delvaux, T., van den Akker, T., McGuire, C., Onyango, B., & Speizer, I. (2022). Perceptions of peer contraceptive use and its influence on contraceptive method use and choice among young women and men in Kenya : A quantitative cross-sectional study. *Reproductive health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01331-y>
- Chola, M., Hlongwana, K. W., & Ginindza, T. G. (2023). Motivators and Influencers of Adolescent Girls' Decision Making Regarding Contraceptive Use in Four Districts of Zambia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3614. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043614>
- Endriyas, M., Eshete, A., Mekonnen, E., Misganaw, T., & Shiferaw, M. (2018). Where we should focus? Myths and misconceptions of long acting contraceptives in Southern Nations, Nationalities and People's Region, Ethiopia: qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1731-3>

- Ibikunle, O. O., Ipinimo, T. M., Bakare, C. A., Ibirongbe, D. O., Akinwumi, A. F., Ibikunle, A. I., Ajidagba, E. B., Olowoselu, O. O., Abioye, O. O., Alabi, A. K., Seluwa, G. A., Alabi, O. O., Filani, O., & Adelekan, B. (2024). Community perceptions, beliefs and factors determining family planning uptake among men and women in Ekiti State, Nigeria : Finding from a descriptive exploratory study. *BMJ Open*, 14(4), e077932. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077932>
- Jain, R., & Muralidhar, S. (2011). Contraceptive Methods : Needs, Options and Utilization. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 61(6), 626-634. <https://doi.org/10.1007/s13224-011-0107-7>
- Kibonire, R., & Mphuthi, D. (2023). Perceptions of indigenous ugandan men on the use of long acting reversible contraceptives (LARCs) by rural women. *Contraception and reproductive medicine*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40834-023-00246-8>
- Mwaisaka, J., Gonsalves, L., Thiongo, M., Waithaka, M., Sidha, H., Agwanda, A., Mukiira, C., & Gichangi, P. (2020). Exploring contraception myths and misconceptions among young men and women in Kwale County, Kenya. *BMC Public Health*, 20(1), 1694. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09849-1>
- Ochako, R., Mbondo, M., Aloo, S., Kaimenyi, S., Thompson, R., Temmerman, M., & Kays, M. (2015a). Barriers to modern contraceptive methods uptake among young women in Kenya : A qualitative study. *BMC Public Health*, 15(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1483-1>
- Ochako, R., Mbondo, M., Aloo, S., Kaimenyi, S., Thompson, R., Temmerman, M., & Kays, M. (2015b). Barriers to modern contraceptive methods uptake among young women in Kenya : A qualitative study. *BMC Public Health*, 15, 118. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1483-1>
- Rivera, R., Yacobson, I., & Grimes, D. (1999). The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181(5 Pt 1), 1263-1269. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(99\)70120-1](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(99)70120-1)
- Wulandari, R., Laksono, A., & Matahari, R. (2021). The barrier to contraceptive use among multiparous women in Indonesia. *Indian Journal of Community Medicine*, 46(3), 479. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_902_20
- Yee, L. M., & Simon, M. A. (2011). Perceptions of Coercion, Discrimination and Other Negative Experiences in Postpartum Contraceptive Counseling for Low-income Minority Women. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(4), 1387-1400. <https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0144>

© 2025 KITOKO et al., 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.