



**Revue Africaine des Sciences
Sociales et de la Santé Publique,
Volume (7) N 2
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023**

Juillet - Décembre 2025

July – December 2025

<http://revue-rasp.org>

Editeur / Publisher : Bamako Institute for Research and Development Studies Press



**Bamako Institute for Research
and Development studies**

<http://www.b-institute.org> | press@b-institute.org | 03 BP 216 Bamako 03

Avenue des Armées, Sotuba, Bamako, Mali



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (Issue 2)
July (juillet) - December (décembre) 2025

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

<https://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, Faculté des Sciences Sociales, 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. Pierre Philippe Rey, Professeur émérite Université de Paris 8; Pr. Bourama Kansaye, recteur, Université des Sciences Juridiques et Politiques de Bamako, Mali; Pr. Marie-Claude Fount, Directrice de publication des Cahiers de l'enfance, Université de Paris 13 ; Dr. Kojo Opoku Aidoo, chef de département études africaines, Université du Ghana, Legon ; Dr. Jaak Le Roy, Institut Health et, topo, Louvain ; Pr. Hamidou Magassa, SERNES, Bamako ; Pr. Roch Yao Gnabli, Université de Cocody, Abidjan ; Dr Virginie Dégorge, Université Paris 7 ; Dr Modibo Diarra, Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Bamako ; Pr Atime Agnou, Université de Bamako, Mali ; Pr. Moustapha Tamba, Université Cheikh Anta Diop, Dakar ; Dr. N'Dongo M'baye sociologue et journaliste, Paris, France ; Dr. Émile 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 ; Pr Soumaila Oulalé, Vice Doyen, Faculté des Sciences Sociales, Université de Ségou ; Dr. AKE DJALIAH FLORENCE Epse. AWOMON, Institut de Géographie Tropicale, Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire; Pr SAIZONOU 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; Pr Anoua Adou Serge Judicaël, Maître de Conférences, Département d'Anthropologie et de Sociologie, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire; Pr Hien Mwinonè, Maître de Recherche en santé publique (IRSS/CNRST)-CAMES, Burkina Faso; Pr Ngbolua Koto-Te-Nyiwa, Université de Kinshasa (Faculté des Sciences et Technologies) et Centre de Recherche en Pharmacopée et Médecine Traditionnelle, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo.

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, Institut des Sciences Humaines, Bamako, Mali ; Centre for Health and Sustainability, Uppsala University, Uppsala, Suède.

Présentation

Créée en janvier 2010 par une équipe pluridisciplinaire de sociologues, anthropologues, médecins, pharmaciens, psychologues et psychanalystes africains et européens, la RASP est une publication à vocation panafricaine. Elle vise ainsi à créer un fonds de documentation utile aux étudiants, aux enseignants et aux chercheurs, qui y trouvent un support pour la diffusion de leurs travaux. Publiée initialement en version papier et ayant atteint le volume 19, la RASP adopte en 2018 la publication en ligne, avec une renumérotation des volumes. Depuis cette transition numérique jusqu'au présent numéro (volume 7, numéro 2), elle a reçu 641 soumissions. Parmi celles-ci, environ 31% (201 soumissions) ont été acceptées et publiées avec un délai moyen de 63 jours (de la date de soumission à la décision finale). Ceci prouve à suffisance que la RASP est une revue de référence avec un taux d'acceptation de 31 %, qui publie des travaux de recherche de haute qualité dans le domaine des sciences sociales et de la santé publique. La régularité de ses parutions, la qualité et la diversité de ses articles, ainsi que les nombreuses indexations dans des bases de données académiques, sont à mettre à l'actif de toutes et de tous ceux qui ont fait confiance à la RASP. Cela est dû en partie aux nombreux rapporteurs, auteurs et lecteurs.

Le présent numéro (Volume 7, numéro 2) contient une trentaine d'articles scientifiques d'auteurs issus de la Côte d'Ivoire, du Burkina Faso, du Bénin, du Mali, de la République démocratique du Congo et du Togo.

Enfin, nous souhaitons remercier les rapporteurs et rédacteurs pour leur accompagnement et leur contribution à la qualité des articles et des notes que nous publions. Et bonne année 2026 !!!

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

La rédaction

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

SOMMAIRE

Articles

Facteurs explicatifs du mariage d'enfants dans trois cercles de la région de Kayes : Kayes, Kéniéba et Yélimané <i>Mamadou Sissoko</i>	1-17
Planification des grossesses et pratiques de soins infantiles en Afrique subsaharienne <i>Sibiri Clement Ouedraogo, Moussa Bougma</i>	18-34
Anthropologie de l'organisation sociale des fumoirs de drogues dans les villes d'Abidjan et de Yamoussoukro (Côte D'Ivoire) <i>Félicien Yomi TIA</i>	35-46
Crises sécuritaires et accès des femmes aux services de santé maternelle au Sahel : analyse comparative des accouchements à domicile entre les régions en conflits et non en conflits au Burkina Faso, Mali et Niger <i>Justin Dansou</i>	47-68
Application du Protocole de Maputo dans la zone de santé de Bunia, province de l'Ituri (République Démocratique du Congo) : expériences et attentes des sages-femmes <i>Ruth Adjiba Sineno, Alexis François Bwanga Ngwamah, Jean-Paul Koto-Te-Nyiwa Ngbolua, Roger Mwimba Mbungu, Leyka Basua Babintu Mukandu</i>	69-91
Représentation et vécu de la césarienne chez la femme césarisée à l'Hôpital Général de référence d'Isiro, République Démocratique du Congo <i>Valentin Boya, Roger Mwimba Mbungu, Marie Claire Ohambe Omanyondo, Augustin Makangu Tshitadi, Jean-Paul Koto-Te-Nyiwa Ngbolua</i>	92-105
Contractualisation des formations sanitaires publiques au Togo : une approche susceptible d'améliorer le niveau d'accès aux services de santé ? <i>Mayipo Djore Torouka</i>	106-119
Analyse de la conformité et complétude du dossier anesthésique aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi : Implications pour la qualité et la sécurité des soins	

<i>Félicien Baitobongwa, Michaelle Mambwe, Grâce Bashale, Jean-Paul Koto-Te-Nyiwa Ngbolua, Berthe Barhayiga</i>	120-128
Problématique du décrochage thérapeutique chez les diabétiques suivis au Centre Anti-diabétique d'Abidjan (CADA)	
<i>Kalilou Ouattara</i>	129-146
Dépistage participatif des risques professionnels à l'unité de stérilisation du centre de santé de référence (CSRéf) de Niono en 2024.	
<i>Liman Malick CISSE, Lamine Diakité, Mouhamadou Traoré, Abdoulaye Keita, Bakary Dabo</i>	147-168
Connaissances, attitudes et modélisation du refus de vaccination des enfants par les usagers du programme élargi de vaccination en Côte d'Ivoire durant la COVID-19.	
<i>Meless Djedjro Franck Renaud, Yassi Léonce Olivier Assi, N'Dri Kouamé Mathias, Attoh Toure Harvey, Amin Ncho Christophe</i>	169-179
Regards croisés des parties prenantes de la protection sociale sur les mutuelles sociales de santé au Burkina Faso : Enquête qualitative	
<i>Hervé Hien, Souleymane Sidibé, Dieudonné Kaboré, Lonsani Séré, Juliette Compaoré</i>	180-189
Avortement sécurisé au Bénin : perceptions communautaires de la loi recadrant l'interruption volontaire de grossesse dans la commune de Bohicon	
<i>AUDREY SEMEVO EUNICE AMOUSSOU, Alphonse M. Affo, Jonna Both, Ramatou Ouedraogo</i>	190-202
Facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire, en 2022	
<i>Daniel Kouadio Ekra, Nicaise Bernadin Lépri Aka, Alfred Douba, Eric Martial Kouakou Ahoussou, Marie Noelle Ano</i>	203-222
Promotion et poursuite de l'allaitement maternel exclusif en milieu professionnel : Vécu, attentes et besoins des mères travailleuses de la ville de Kisangani, République Démocratique du Congo	
<i>Henriette Vinywasiki Masika, Alexis François Bwanga Ngwamah, Jean-Paul Koto-Te-Nyiwa Ngbolua, Simon-Decap Mabakutuvangilanga, Basua Babintu Leyka Mukandu</i>	223-234
Utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer dans 3 centres de planification familiale à Abidjan	
<i>Nguessan Luc Olou, Abla Adakanou, Gomez Zoua, Adja Kobenan, Apollinaire Horo</i>	235-246
Prévalence de l'inactivité physique et facteurs associés chez les étudiants de l'Université Joseph Ki-Zerbo à Ouagadougou au Burkina Faso	
<i>Désiré Lucien DAHOUROU, Sékou Oumar Traoré, Ter Tiero Elias Dah, Danielle Yougbare/Belemsaga, Henri Gautier Ouedraogo</i>	247-257
Retards dans les soins médicaux d'urgence : une étude transversale utilisant l'indice de gravité des urgences à l'hôpital régional de Kaya, au Burkina Faso	
<i>Pengdewendé Maurice SAWADOGO, Makougnonhèa KPAMI, B. A. Rachid BADO, Abel Téwendé KINDA, Edgar OUANGRE</i>	258-268
Déterminants du dépistage volontaire anténatal du VIH chez les femmes enceintes et leurs conjoints au Burkina Faso : Une analyse à partir des données de l'EDS 2021	
<i>Kadari Cissé, Abdoulaye Nombré, Danielle Yugbaré/Belemsaga, Adama Baguiya, Smaïla Ouedrago</i>	269-289
Enquête post-campagne de vaccination contre la rougeole dans les provinces de la RDC en 2023: couverture vaccinale et facteurs associés	
<i>Lamidhi SALAMI, Virginie Mongbo, Marcellin Nimpa Mengouo, M. Carolina Danovaro-Holliday, Moïse Désiré Yapi</i>	290-307
Coûts directs comparés de la prise en charge de l'hypertension artérielle entre patients de poids corporel normal et en surcharge pondérale : analyse du point de vue patient en milieu de soins primaires à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso	
<i>Jeoffray Diendéré, Sibiri Konaté, Victorien Ouaré, Rodrigue Watton Diao, Augustin Nawidimbassa Zeba</i>	308-318
Impact du Covid-19 sur l'utilisation des services de la téléexpertise au Mali, de 2018 à 2022.	
<i>Hamidou Souleymane Tapily, Zoumana Cheick BERETE, Dramane TRAORE, Mahmoud CISSE, Cheick Oumar BAKAYOKO</i>	319-332
Qualité relationnelle soignant-soigné au Centre hospitalier de Fada N'Gourma au Burkina Faso	
<i>Pascal TINDANO, Félicité W. NANA, Abdoulaye So, Ghislain G. PODA, Maxime. K. Drabo</i>	333-340
Mesures de prévention et de contrôle des infections dans le restaurant du centre hospitalier universitaire Sourô Sanou au Burkina Faso	
<i>Wendin-manegdé Félicité NANA, Faousia P. Z. Drabo, Danielle Belemsaga YUGBARE, Arsene HEMA, Koine Maxime DRABO</i>	341-353

Ce que révèle l'absence de publications sur les cellulites cervico-faciales en Afrique subsaharienne : une analyse bibliométrique	
<i>Francis daniel nkolo tolo, Charles Bengondo Messanga</i>	354-362
Émergence du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso	
<i>Yemboaro Pacôme LOMPO, Bouma Fernand BATIONO, Fadima YAYA BOCOUM</i>	363-377
Stratégies de légitimation des mouvements kémites à Ouagadougou	
<i>Jérémie POGOROWA</i>	378-391
Profil épidémiologique et clinique des enfants de moins de cinq ans décédés au Centre hospitalier universitaire de Tengandogo du 1er janvier au 31 décembre 2021, Ouagadougou, Burkina Faso	
<i>Wedminere Noëlie Zoungrana Yameogo, Moussa SOME, Aristide DJIGUIMDE, Anthony SOME, Lassina DAO</i>	392-399
Accès des adolescentes aux Services de Santé Sexuelle et Reproductive et exposition aux IST/MST dans les zones vulnérables de la région sanitaire du Gbêkê	
<i>Lorraine Nadia Kouadio</i>	400-419



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (2)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 14 February 2025
Accepted, 22 June 2025
Published, 13 July 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Yattara B., et al.(2025). Facteurs explicatifs du mariage d'enfants dans trois cercles de la région de Kayes : Kayes, Kéniéba et Yélimané. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*,7(2), 1-18.
<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.1>

Research

Facteurs explicatifs du mariage d'enfants dans trois cercles de la région de Kayes : Kayes, Kéniéba et Yélimané

Explanatory factors of child marriage in three districts of the Kayes region: Kayes, Kéniéba and Yélimané

Balkissa YATTARA^{1,*}, Mamadou Fadiala Sissoko², Mama DIARRA³

¹*Direction Nationale de la Population, Bamako ;*

²*Institut National de Santé Publique, Bamako ;*

³*Direction du matériel et des finances, Ministère du transport et des infrastructures*

***Auteur correspondant : email : yabakad@yahoo.fr**

Résumé

La région de Kayes fait partie des régions où l'âge médian des femmes de 25-49 ans en union est inférieur à 18 ans (EDSM-2018). Le même document évoque que le mariage d'enfants a des conséquences sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes. Le présent article donne quelques facteurs explicatifs du mariage d'enfants dans la région de Kayes. Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique. La méthodologie utilisée fut mixte, quantitative et qualitative. Elle a concerné 600 individus (adolescents de 15-19 ans et jeunes 20-24 ans) pour le volet quantitatif et 70 personnes pour le volet qualitatif. Les cibles du volet qualitatif étaient ; les agents des services techniques, santé et promotion de la femme de l'enfant et de la famille, des ONG intervenant dans le domaine de la protection de l'enfant, les femmes leaders, les hommes mariés et les leaders communautaires. L'étude a été réalisée sur une période de 45 jours entre les mois août et octobre 2024 dans les cercles de Kayes, Kéniéba et Yélimané. Les résultats montrent que le facteur le plus déterminant du mariage d'enfants est la sexualité précoce des adolescentes. La crainte des grossesses hors mariage, le respect des traditions et des interprétations religieuses en sont les principales raisons avancées pour justifier le mariage d'enfants dans la région de Kayes. Pour lutter contre la pratique, les enquêtés recommandent d'accentuer la sensibilisation et la communication sur les conséquences du phénomène et d'adapter les approches aux réalités socio culturelles des localités.

Mots-clés : Facteurs explicatifs, mariage d'enfants, Kayes, Kayes, Kéniéba, Yélimané

Abstract:

The Kayes region is one of the regions where the median age of married women aged 25-49 is less than 18 (EDSM-2018). The same document states that child marriage has consequences for the sexual and reproductive health of adolescents and young people.

This article provides some explanatory factors for child marriage in the Kayes region. This was a descriptive and analytical cross-sectional study. The methodology used was mixed,

quantitative and qualitative. It involved 600 individuals (adolescents aged 15-19 and young people aged 20-24) for the quantitative component and 70 individuals for the qualitative component. The targets for the qualitative component were: technical, health, and women's, children's, and family promotion service agents, NGOs working in the field of child protection, women leaders, married men, and community leaders. The study was conducted over a 45-day period between August and October 2024 in the districts of Kayes, Kéniéba, and Yélimané.

The results show that the most significant factor in child marriage is the early sexuality of adolescent girls. Fear of pregnancies outside of marriage, respect for traditions, and religious interpretations are the main reasons given to justify child marriage in the Kayes region. To combat the practice, respondents recommend increasing awareness and communication about the consequences of the phenomenon and adapting approaches to the sociocultural realities of the localities.

Keywords: Explanatory factors, child marriage, Kayes, Kayes, Kéniéba, Yélimané

1. Introduction

Le mariage d'enfants, ou mariage précoce, demeure un phénomène très répandu à travers le monde, touchant principalement les filles que les garçons. Dans certains pays, 70 à 80 % des filles sont mariées avant 18 ans, contre moins de 10 % des garçons du même âge (UNICEF, 2001)

Chaque année, environ quatorze (14) millions de filles sont mariées avant l'âge de dix-huit (18) ans. Dans les pays en développement, une (1) fille sur trois (3) est mariée avant l'âge de dix-huit (18) ans et une (1) fille sur neuf (9) est mariée avant d'avoir quinze (15) ans (FNUAP, 2012).

Au Niger la prévalence du mariage d'enfants semble être la plus élevée au monde, avec une prévalence de 77 % selon les données de l'UNICEF (2014). Les mêmes sources indiquent que dans certaines régions du Niger comme Zinder, la prévalence atteindrait 88 % et que l'âge médian au mariage est d'environ 14,7 ans, avec des cas de mariage dès 10 ans.

Au Mali, l'âge d'entrée en union des femmes est précoce ; 18 % des femmes de 25-49 ans au moment de l'enquête, étaient déjà en union avant d'atteindre l'âge exact de 15 ans et 53 % l'étaient déjà en union avant 18 ans. (EDSM-VI, 2018)

La région de Kayes fait partie des régions où l'âge médian d'entrée des femmes en union est inférieur à 18 ans, âge légal d'entrée en union au Mali. La prévalence des femmes mariées avant l'âge de 15 ans est de 27 % (EDSM-VI, 2018).

Au Mali, le mariage est le cadre normal des relations sexuelles, donc de la procréation. Cependant, sa précocité peut entraîner des conséquences dramatiques sur les futurs conjoints. En effet, le mariage d'enfants est un mariage qui a lieu avant que les conjoints ou l'un des conjoints n'aient l'âge requis (18 ans). Selon l'UNICEF, il constitue une violation du droit de chaque enfant à atteindre son indépendance et à réaliser son plein potentiel (UNICEF, 2018). Il est aussi la première cause du décrochage scolaire des filles de 10 à 14 ans et contribue au renforcement des inégalités de genre dans l'accès à l'éducation. En 2016, selon les statistiques fournies par le journal *le Républicain*, il y avait moins de 75 filles pour 100 garçons inscrites à l'école secondaire (Républicain, 2020). Partant de ce constat, nous pouvons dire que le mariage des enfants occasionne l'abandon scolaire chez les filles et les expose aux inégalités de genre

et aux problèmes de santé, surtout de la santé sexuelle et reproductive. Il demeure un problème de grande échelle à travers le monde.

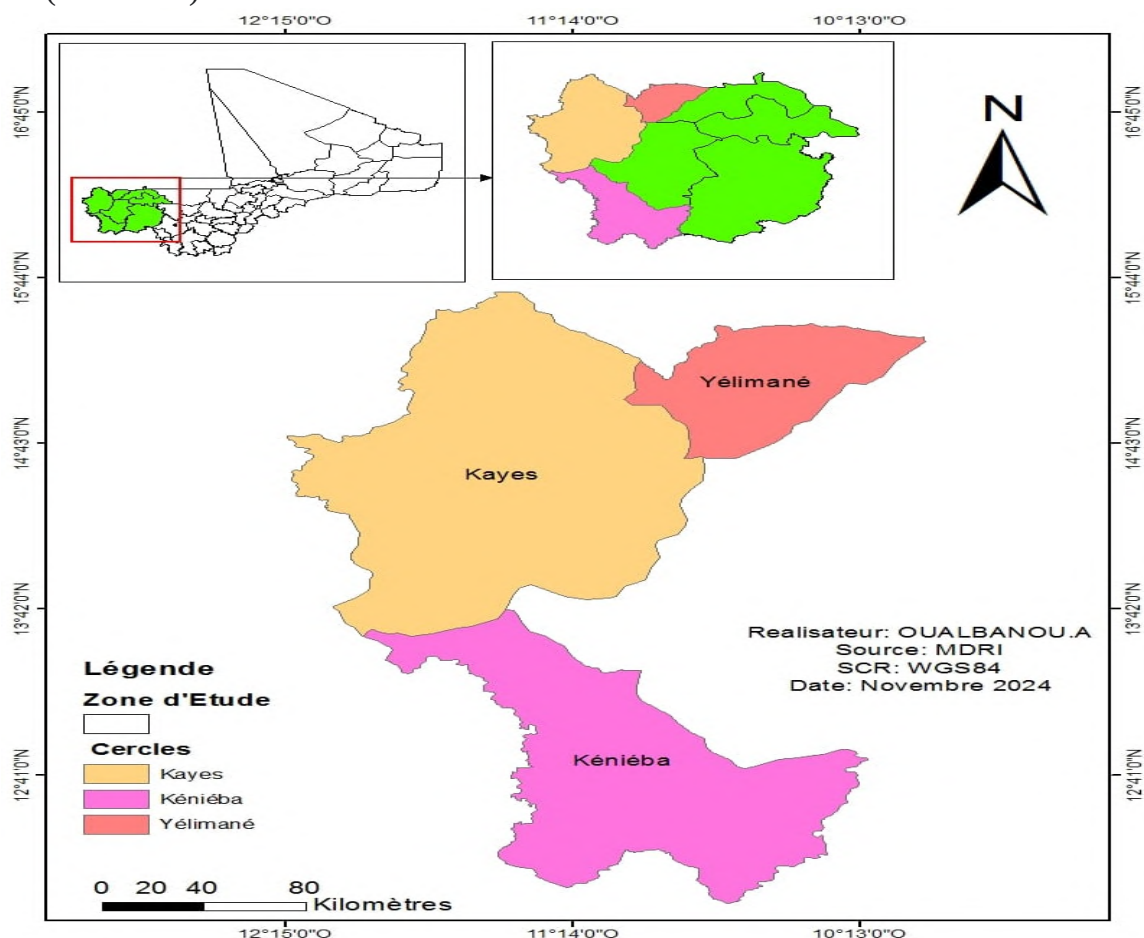
L'une de ses conséquences, est la grossesse d'adolescente. Il est établi que l'activité sexuelle et l'indice synthétique de fécondité demeurent des indicateurs de mesure des risques encourus par les femmes. La région de Kayes figure parmi les régions où l'indice synthétique de fécondité (l'ISF) est élevé. Il se situe aux alentours de 6,7 enfants par femme (EDSM, 2018). Il ressort des statistiques que la proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 8 % à 15 ans, à 59 % à 19 ans, âge auquel 53 % des jeunes filles ont déjà eu, au moins, un enfant. Pour la région de Kayes le pourcentage d'adolescentes qui ont déjà commencé leur vie procréative est de 49 % (EDSM, 2018). Il ressort des mêmes statistiques que la proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde diminue de manière très importante avec l'augmentation du niveau d'instruction, passant de 46 % parmi les adolescentes n'ayant aucun niveau d'instruction à 22 % parmi celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus. Cette situation mérite d'être étudiée afin d'identifier les facteurs explicatifs du mariage d'enfants dans la région de Kayes.

2. Matériels et méthodes :

2.1. Présentation de la zone de l'étude

L'étude a eu lieu dans trois (03) cercles de la région de Kayes qui sont : les cercles de Kayes, Kéniéba et Yélimané.

Les trois cercles retenus dans cet article font tous partie de la zone d'intervention du projet « autonomisation des femmes et le dividende démographique au sahel » dont le sigle anglais est (SWEEDD).



Source : MDRI, 2024

Figure 1 : Carte de la zone de l'étude

2.1.1. Cercle de Kayes

Le Cercle de Kayes couvre une superficie de 22 190 km² et se compose de 28 communes dont 5 urbaines avec une population estimée à 787 433 habitants (DNP, 2022).

Cette population est caractérisée par sa jeunesse et son dynamisme puisque 46,99 % des habitants ont moins de 15 ans et 47,37 % ont entre 15 et 59 ans. Les différentes ethniques sont les soninkés, les peuls, les maures, les khasonkés et les bambaras.

La situation sanitaire du cercle est précaire et se caractérise par une mortalité infantile et maternelle élevée (42%), une expérience de vie basse, une malnutrition chronique des enfants et une insuffisance des infrastructures et des équipements (Région de Kayes, Schéma d'aménagement 2010). Ces caractéristiques montrent à suffisance les conditions sanitaires difficiles auxquelles les populations sont confrontées.

2.1.2. Cercle de Kéniéba

Situé au sud de la région de Kayes, le Cercle de Kéniéba couvre une superficie de 16 800 km² avec une densité moyenne d'environ 12 habitants/km². La population du Cercle est composée de 51% de femmes et de 49% d'hommes. Les groupes ethniques dominants sont les Malinkés, les Peulhs, les Soninkés et les Diallongé.

Le cercle de Kéniéba est limité au nord par les Cercles de Bafoulabé et Kayes ; au sud par la République de la Guinée Conakry ; à l'ouest par le Sénégal et à l'est par le Cercle de Kita. Il se compose de six ex-arrondissements et de douze communes rurales. Enfin, le Cercle de Kéniéba à 618 Km de frontière avec le Sénégal et la Guinée-Conakry.

Le Cercle compte dix-neuf (19) centres de santé communautaires (CSCOM) et un (01) centre de santé de référence (Cercle de Kéniéba, PDESC, 2019).

2.1.3. Cercle de Yélimané

Le cercle de Yélimané est situé au Nord- Est de la région de Kayes et couvre une superficie de 5 700 Km². Il est limité au Nord-Ouest par la République Islamique de Mauritanie, au Sud-Ouest par le cercle de Kayes, au Sud par le cercle de Bafoulabe, à l'Est par le cercle de Nioro du Sahel. Il s'étend du Nord au Sud sur 100km et d'Est en Ouest sur 77,5 km. (Cercle de Yélimané, 2010)

La population du cercle est majoritairement Soninké, mais on y trouve aussi des Peuls, des Maures, des Bambaras. Les Soninkés originaires de l'empire du Ghana constituent une société très traditionnelle, structurée, hiérarchisée, fraternelle et qui tient à ses coutumes et valeurs basés sur l'entraide et la solidarité. L'activité principale est l'agriculture.

À l'image de la région de Kayes, le cercle de Yélimané se caractérise par une population jeune et majoritairement féminine. 60% de la population a moins de 20 ans. Les femmes en âge de procréer représentent environ 32% des femmes. D'où des besoins importants en infrastructures sanitaires et éducatives à court et moyen terme.

En plus du critère commun d'appartenance des trois cercles à la zone d'intervention du projet SWEDD, d'autres critères spécifiques existent pour chacun des cercles.

Le cercle de Kayes est aussi le chef de lieu de région de Kayes. A ce titre, il regroupe tous les services techniques concernés par cette étude. Il a également le poids démographique le plus important de la région avec 787 433 habitants (DNP, 2022).

Concernant le cercle de Kéniéba, c'est une zone d'attraction de population à cause de la présence de plusieurs sociétés minières et la pratique de l'orpaillage traditionnel.

Quant au cercle de Yélimané, il est une zone où les populations, majoritairement Soninké, sont attachées à leurs traditions, mais soumises également à l'influence de la migration.

L'articulation de ces différentes réalités permet de mieux comprendre les déterminants du mariage des enfants dans ces trois cercles de la région de Kayes.

2.2. 21 Approches méthodologiques

Dans le cadre de cette étude, deux approches méthodologiques ont été utilisées (quantitative et qualitative).

2.2.1. Approche quantitative :

Pour l'approche quantitative, un sondage aréolaire à deux degrés avec stratification au premier degré a été utilisé. Les unités statistiques du premier degré ou unités primaires ont été les sections d'énumération (SE) définies lors du cinquième Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH5) de 2022. La liste des sections d'énumération (SE) avec leurs caractéristiques a constitué la base de sondage du premier degré de l'enquête et les ménages des sections d'énumération (SE) tirées au premier degré, la base de sondage du deuxième degré. Deux domaines seulement ont été considérés par l'étude : le milieu urbain et le milieu rural. L'enquête quantitative n'a concerné que les adolescents et jeunes. Les critères de stratification proposés ont été : l'âge, le sexe et le milieu de résidence. Les strates suivantes ont été constituées :

- Strate1 : les adolescentes de 15-19 ans en milieu urbain ;
- Strate2 : les adolescentes de 15-19 ans en milieu rural ;
- Strate3 : les jeunes filles de 20-24 ans en milieu urbain ;
- Strate4 : les jeunes filles de 20-24 ans en milieu rural ;

Calcul de l'échantillon quantitatif

Le calcul du nombre d'individus à l'aide de formules mathématiques appropriées nécessite que certains facteurs soient spécifiés et, que pour d'autres, qu'on pose des hypothèses ou qu'on utilise des valeurs tirées d'enquêtes précédentes ou similaires. Ces facteurs sont les suivants :

- La précision ou la marge d'erreur relative recherchée (m) ;
- Le niveau de confiance souhaité (α) ;
- Le taux de couverture ou la prévalence prévu ou anticipé d'un indicateur donné (p) ;
- L'effet du plan de sondage ($deff$) (θ) ;
- Et un coefficient d'ajustement pour les cas éventuels de non-réponses ($1 + \beta$).

$$n = \frac{z^2 * p(1 - p) * (1 + \beta) * \theta}{m^2}$$

L'indicateur de référence pris pour le calcul de la taille de l'échantillon est la prévalence de la contraception moderne qui est de 11% dans la région.

La valeur de la loi normale pour un niveau de confiance de 95% est de 1,96 et une marge d'erreur de 3,1 % a été considérée. Aussi, compte tenu de la délicatesse du thème de l'enquête, 2 % des ménages échantillonnés ont été ajoutés pour prémunir des non-réponses. S'agissant de l'effet du plan de sondage (variant généralement entre 0 et 2), il a été considéré égal à 1,5.

$$n = \frac{1,96^2 * 0,11(1 - 0,11) * (1 + 0,02) * 1,5}{0,031^2} = 599 \approx 600 \text{ individus}$$

Donc pour les trois localités retenues, 600 individus ont été enquêtés.
Pour déterminer la taille N des ménages de l'échantillon, la formule ci-dessous sera utilisée.

$$N = \frac{z^2 * p(1 - p) * (1 + \beta) * \theta}{m^2 * \bar{y}}$$

Ou de façon équivalente :

$$x = \frac{n}{\bar{y}} = \frac{599}{4} \approx 150$$

Avec $\bar{y} \approx 4$ le nombre moyen d'individu de 15-24 ans par ménage dans la région de Kayes.

Donc pour les trois localités, la taille de l'échantillon des ménages à enquêter est égale à 150 ménages pour 15 SE (10 ménages par SE) avec une répartition égale entre les deux domaines d'études, soit 75 ménages à enquêter par domaine.

2.2.2. Approche qualitative :

Pour l'approche qualitative, nous avons utilisé les guides d'entretiens et les smartphones pour la collecte des données. Son intérêt dans cette étude est l'appréhension des aspects qualitatifs du mariage d'enfants, dans la région de Kayes par les acteurs que le volet quantitatif n'explique pas.

Echantillonnage qualitatif

Il a été de type raisonné. Les cibles concernées ont été les agents de santé chargés de santé de la reproduction (SR), de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille, les responsables d'ONG intervenant dans le domaine de la protection des droits de l'enfant, les femmes leaders, les hommes mariés et les leaders communautaires. Le tableau suivant donne la répartition de l'échantillon.

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon qualitatif

Cibles	Entretiens individuels	Focus groupes
Femmes leaders		2 FG : (1-urbain, 1-rural)
Hommes mariés		2 FG : (1-urbain, 1-rural)
Leaders communautaires	3 EI	
Agents de santé chargés de PF	3 EI	
Agents promotion de la femme chargés des questions de droit des enfants	3 EI	
Responsables d'ONG	3 EI	
TOTAL	12 entretiens individuels	4-focus groupes

2.3. Variables de l'étude

Les variables quantitatives ont concerné :

- Les caractéristiques du chef de ménage (sociodémographiques, économiques et culturelles) ;
- niveau d'instruction du père, celui de la mère et l'activité économique du père ;
- les caractéristiques extra-familiales et l'exposition aux médias ;
- Les caractéristiques individuelles des enquêtés
- les besoins en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes par cercle ;
- les connaissances, perceptions, attitudes et pratiques en matière de mariage d'enfants ;
- le profil sociodémographique et économique des jeunes et adolescent(e)s victimes de mariage d'enfants dans les cercles de Kayes, Kéniéba et Yélimané.

Quant aux variables qualitatives, elles ont été focalisées sur :

- les connaissances, perceptions, attitudes et pratiques en matière de mariage d'enfants ;
- le profil sociodémographique et économique des jeunes et adolescent(e)s victimes de mariage d'enfants ;
- les raisons qui motivent les mariages d'enfants .

2.4. Méthodes d'analyse statistiques

Dans cette étude, les données après nettoyage, ont été transférées et analysées sur SPSS 21. Les techniques descriptive et explicative d'analyse des données ont été utilisées. Dans un premier temps, il a été fait recours à l'analyse descriptive bi-variée, qui a permis, à l'aide des tableaux croisés de savoir comment les phénomènes varient selon le milieu de résidence, l'âge et le sexe ; mais également, d'évaluer, à l'aide de la statistique du Khi-deux, les liens qui existent entre chacune des variables explicatives et les variables dépendantes. Aussi l'analyse descriptive multivariés (analyse factorielle des correspondances multiples) a permis de déterminer le profil sociodémographique et économique des adolescentes et jeunes dans la région de Kayes.

Ensuite au niveau explicatif comme les variables dépendantes sont toutes dichotomiques, les modèles multivariés de régression logistique ont été utilisés pour mettre en exergue dans l'ensemble des variables explicatives celles qui ont influencé les variables dépendantes.

Quant au traitement et à l'analyse des données qualitatives, ils ont été faits en trois étapes. La première étape a concerné la transcription des entretiens enregistrés dans le but d'être fidèle aux discours des interviewés. La deuxième étape a été axée sur le codage des entretiens, à l'identification des thèmes récurrents et au contrôle de qualité des données. La troisième étape a concerné l'analyse proprement dite. Il a été fait recours aux verbatim pour mieux interpréter et argumenter certains passages du rapport.

La collecte des données a été faite dans le strict respect des normes et valeurs socio- culturelles des localités de l'enquête. Le risque pour les participants a été minime. Il a été fait seulement appel à leurs expériences dans le domaine du mariage d'enfants et des question la santé de la reproduction des adolescents/jeunes. La confidentialité et l'anonymat ont été de rigueur.

3. Résultats

Les principaux résultats de cette étude sortent à la fois de l'enquête quantitative et de l'enquête qualitative. Ces deux approches complémentaires ont permis de déceler les véritables raisons du mariage d'enfants dans la région de Kayes.

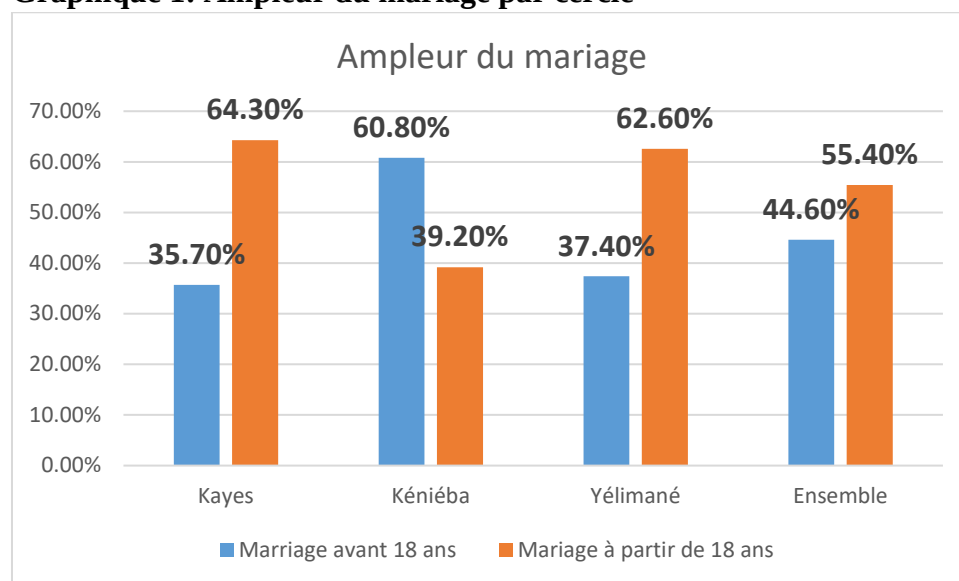
Les variables étudiées ont porté essentiellement sur la prévalence du mariage d'enfants, les caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques des adolescents et jeunes afin de déterminer leur profil et la perception des populations sur le phénomène du mariage d'enfants dans la région de Kayes.

3.1. Niveau du mariage d'enfants par cercle dans la région de Kayes

Dans l'ensemble, les analyses montrent que 44,6 % des filles de la région de Kayes sont entrées en union avant dix-huit ans.

Ces résultats montrent que la prévalence du mariage d'enfants est relativement élevée dans la région de Kayes surtout dans le cercle de Kéniéba où le taux atteint 60,8%.

Graphique 1: Ampleur du mariage par cercle



Source : Enquête sur les mariages d'enfants, grossesses d'adolescentes et SSRAJ à Kayes, DNP (2024).

Il ressort également des entretiens que le mariage d'enfants est une pratique courante dans les trois cercles de l'étude ; mais que son ampleur varie d'une localité à une autre et d'un groupe ethnique à un groupe ethnique. Cette variation d'ampleur se constate aussi en fonction du milieu de résidence. Les extraits suivants en sont des témoignages :

« Le mariage d'enfants est très courant dans la région de Kayes, mais plus spécifiquement chez les soninkés. La région de Kayes est pratiquement une zone où la culture soninké est très répandue. Il y a aussi les peulhs chez lesquels le phénomène est répandu. » **(E. Kayes) ONG)**

« Le mariage d'enfants se fait ici, mais le niveau de fréquence dépend d'une localité à une autre. C'est dans le milieu peulh qu'il est assez fréquent par rapport aux autres zones. Il est moins fréquent dans les villes que dans les villages. » **(E.I Kéniéba)**

➤ Opinions sur les facteurs favorisant le mariage d'enfants

Selon les résultats du tableau 2, on constate que pour les filles, le premier facteur qui favorise le mariage d'enfants est la crainte de la survenue d'une grossesse (59,8%) suivi de la sexualité précoce (24,4%) et ensuite les facteurs traditionnels (18,3%). Par rapport au cercle, on note que filles vivant dans le cercle Kayes ont plus évoqué la crainte de la survenue d'une grossesse (52%) et la sexualité précoce (22,7%) comme facteurs favorisant le mariage d'enfants. Les résultats observés à Yélimané vont dans le même sens. Cependant, à Kéniéba, on note plus les

facteurs traditionnels (61%) et facteurs religieux (34,5%) chez les filles (respectivement 96,5% et 75,9% chez les garçons). Par ailleurs, le manque de moyens des parents (5,7%) et la méconnaissance des textes (3,7%) moins favorisé le mariage d'enfants selon l'opinion des filles (respectivement 6,2% et 1,2% selon les garçons).

Tableau2 : Facteurs favorisant le mariage d'enfants (en %) selon le cercle et le sexe

Facteurs favorisant le mariage d'enfants	Filles				Garçons			
	Kayes	Kéniéba	Yélimané	Ensemble	Kayes	Kéniéba	Yélimané	Ensemble
Sexualité précoce chez l'adolescente	22,7%	38,6%	2,5%	24,4%	25,3%	53,4%	1,8%	30,3%
Crainte de la survenue d'une grossesse	52,0%	63,3%	96,6%	59,8%	45,4%	10,3%	93,5%	40,8%
Méconnaissance des textes qui régissent le mariage d'enfants au Mali	4,5%	3,0%	0,6%	3,7%	1,8%	0,0%	0,0%	1,2%
Manque de moyens des parents	3,8%	11,0%	4,7%	5,7%	5,0%	10,0%	4,6%	6,2%
Facteurs religieux	2,3%	34,5%	3,4%	10,4%	0,0%	75,9%	,9%	19,2%
Facteurs Traditionnels	4,4%	61,0%	3,4%	18,3%	4,6%	96,5%	2,2%	27,5%
Ne sait pas	32,1%	1,6%	0,0%	20,9%	32,5%	0,0%	0,0%	21,4%

Dans l'enquête qualitative, plusieurs raisons sont avancées pour expliquer et justifier le mariage d'enfants dans les trois cercles de l'étude. Ces raisons vont du respect des us et coutumes, de la préservation de l'honneur de la famille, de la religion et même des raisons économiques.

✓ Les us et coutumes

Le mariage d'enfants est perçu comme une prescription sociale fortement ancrée dans les us et coutumes des membres de la communauté dans la région de Kayes. De ce fait, cette pratique ancestrale et coutumière se doit d'être perpétuée au fil des générations pour être en phase avec les normes prescrites par la société (UNICEF, 2016)

« Selon la tradition peuhle d'ici, la fille qui dépasse 15 ans sans être mariée est une vieille fille. Pour les peulhs la fille doit être donnée en mariage avant 15 ans. » (A.ONG). Cette pratique avait autrefois une justification dans la tradition peuhle. Selon un enquêté, dans le temps, la fille était mariée et donnée à sa belle-mère qui devrait lui inculquer l'éducation familiale de la belle famille, lui apprendre les coutumes et traditions de la belle-famille avant qu'elle atteigne un certain âge. Elle devrait rester tout le temps avec sa belle-mère et cela trouvait que le jeune qui était son mari devrait passer quelques années au pâturage avec le troupeau. Donc la fille et son mari n'étaient pas ensemble pendant quelques années. Maintenant ce n'est plus le cas. La fille est donnée à la belle famille, le mari aussi est là. La fille sait que c'est son mari et le jeune aussi sait que c'est sa femme, ainsi, il se passe des relations entre eux. Dans cette logique, le mariage

était scindé en deux étapes ; l'étape d'initiation et l'étape de relations conjugales proprement dites.

Un autre cas de figure évoqué par les enquêtés est qu'un père peut promettre sa fille en mariage à quelqu'un qui lui aurait fait du bien ou à un ami pour le renforcement de leurs liens d'amitié. Pour respecter cet engagement, le père donne la fille au promu quand elle atteint certain âge. Cette union fait des deux familles des alliés qui se partagent les mêmes peines et loisirs.

Une autre raison de mariage d'enfants évoquée dans le cercle de Yélimané, est le remplacement de la belle-mère par la jeune mariée dans les travaux domestiques. Dans ce cercle, les jeunes se marient rapidement pour faire reposer leurs mères. Une fois marié, la mère du mari ne s'occupe plus des travaux ménagers. Ces attributs sont légués à la belle-fille qui devient la femme à tout faire dans la famille.

✓ **Préservation de l'honneur de la famille.**

La préservation de l'honneur de la famille est la principale raison du mariage d'enfants citée par les enquêtés des trois cercles. Les extraits suivants en sont les illustrations.

« *La première raison, c'est d'éviter qu'elle ne contracte une grossesse hors mariage qui constitue un déshonneur pour la famille.* » (E. Kayes)

« *Pour éviter les grossesses surtout avec les filles qui ne restent pas tranquille, les parents les envoient chez leur mari pour qu'elles aillent faire là-bas ce qu'elles cherchent au-dehors. Parce que la grossesse hors mariage est un déshonneur pour la famille.* » (E. Kéniéba)

« *Les filles sont mariées à bas âge, c'est pour préserver sa virginité et l'honneur de sa famille.* » (E. Yélimané)

✓ **Raisons religieuses**

De manière générale, toutes les religions (révélées et traditionnelles) prônent la chasteté et condamnent les relations sexuelles extraconjugales.

L'Islam étant la principale religion pratiquée dans la région, recommande la pratique de relations sexuelles seulement dans le mariage. Pour respecter ce principe, il ne semble donc pas bon de laisser les filles et les garçons atteindre un certain âge avant de les mettre dans un lien qui leur permet de jouir librement de cet acte. Il serait donc difficile de donner un âge à partir duquel un garçon ou une fille peut se marier. « On ne se marie pas par plaisir, mais par devoir d'être musulman, d'appartenir à une communauté, de respecter les principes de sa communauté, être musulman, c'est éviter d'avoir des rapports sexuels en dehors des liens de mariage et surtout éviter de commettre l'adultère une fois marié(e). Ce principe s'applique aussi bien aux filles musulmanes, qu'aux garçons » (UNICEF, 2016).

Ce principe la religion musulmane serait fortement ancré dans les milieux peulhs et sarakolés de la région de Kayes, ce qui expliquerait la tendance élevée de mariage d'enfants chez ces groupes ethniques. L'idée répandue est que « *quand la fille voit ses premières règles, elle ne doit pas voir les deuxièmes sans être mariée, sinon tout acte sexuel qu'elle commettra constitue des péchés pour ses parents.* » (Focus femmes Kayes). Une autre enquêtée ajoute : « *Certains mêmes disent que quand les parents parviennent à marier trois de leurs filles vierges, la porte du paradis leur est ouverte. Fort de cette idée, ils s'accrochent mordicus à la pratique.* » (Focus femmes Kayes)

« *Beaucoup disent que, selon la religion musulmane, lorsque la fille voit ses règles, elle doit être mariée pour éviter qu'elle ne fasse des actes qui seront des péchés pour ses parents.* » (E.I Kéniéba)

« Il y a une part de religion pour certains qui disent que selon les écritures saintes, la fille doit être mariée lorsqu'elle voit ses règles. » (E.I Yélimané).

Cependant, ce principe n'est pas de règle dans la religion chrétienne. Chez nos compatriotes chrétiens, le mariage de la fille respecte les textes du pays. Il se fait en fonction du code des personnes et de la famille. Une enquêtée confirme cette idée en disant que: « *La religion chrétienne célèbre toujours le mariage en conformité avec les textes du pays. Le mariage chrétien se fait selon la loi.* » (Focus_femmes Kayes)

De l'analyse des raisons avancées (religieuses, préservation de l'honneur de la famille) pour justifier le mariage d'enfants, la nécessité d'éduquer les jeunes filles pour qu'elles se retiennent des relations sexuelles avant d'être dans les liens de mariage transparait en filigrane dans les différents discours. Cela suppose que le mariage des enfants est fortement lié à l'éducation familiale des filles. Plus une fille a un bon comportement, plus son mariage pourrait être retardé. Ce qu'a voulu dire un enquêté de Kéniéba : « *...surtout avec les filles qui ne restent pas tranquille, les parents les envoient chez leur mari pour qu'elles aillent faire là-bas ce qu'elles cherchent au dehors.* » (E.I Kéniéba)

✓ **Raisons économiques**

En République du Mali, la dot est une condition de mariage, elle est obligatoire et a un caractère symbolique. Elle ne peut en aucun cas excéder la somme de 15 000 francs (Art 288). Cette disposition n'est que formelle. Les communautés la contournent en introduisant une autre qu'elles appellent « prix des ustensiles de cuisine » qui est aussi appelé dot. Ce montant varie selon les groupes ethniques. Par exemple dans la zone malinké de Kéniéba, cette dot est payée en nature. Ce sont les vaches qui sont réclamées. D'après un des enquêtés le nombre de vaches (génisses) peut aller jusqu'à 04. Dans les zones de migration comme Yélimané, c'est un minimum de 300 000 FCFA qui est demandé.

Pour bénéficier de ces avantages, certains parents marient leurs filles à bas âge. Les extraits suivants illustrent cette attitude.

« *Ici, on dit que quand tu as trois (03) filles, tu as un parc de vaches, parce que l'argent que leur mariage te procure te permet d'acheter des vaches pour constituer un parc. Autre fois, le mariage d'une fille pouvait rapporter 3, 4 et mêmes 5 vaches.* » (E.I Kéniéba)

« *Avec les maliens vivant à l'extérieur, certains parents falsifient l'acte de naissance de leurs filles en majorant leur âge pour qu'elles n'échappent pas au mariage avec le migrant.* » (E.I Kayes)

« *Les parents qui pensent ne pas pouvoir subvenir aux besoins de la famille en mettant la fille dans un mariage, le mari peut être un appui, surtout si ce dernier tient financièrement bon, le mariage est accepté.* » (E.I Kéniéba)

Pour un enquêté de Yélimané, c'est la pauvreté et la recherche du profit qui poussent certains parents à donner leurs filles en mariage à bas âge.

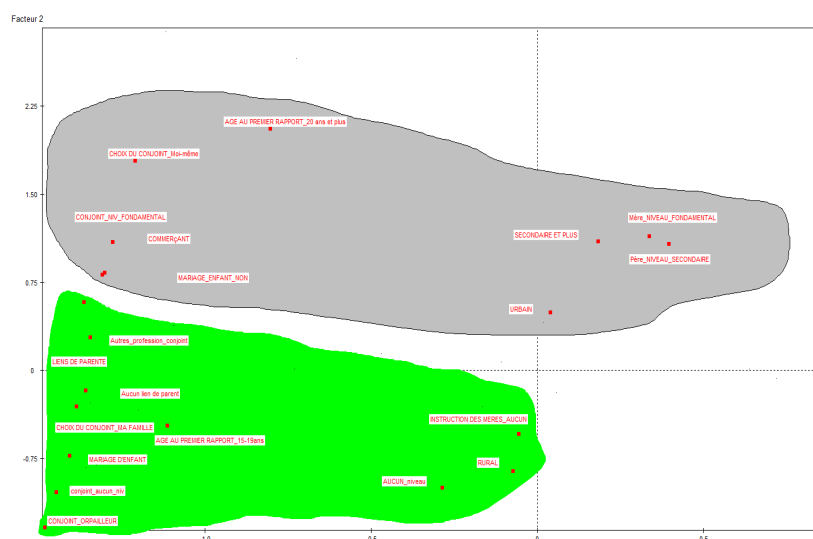
Une autre raison de mariage d'enfants a émergé lors des discussions avec les enquêtés, c'est le manque de perspectives après l'école. Ici les parents pensent que l'école est une perte de temps pour la fille puisse qu'après la formation à l'école, elle retourne à la maison, faute d'emploi. Donc, mieux vaut la marier à temps avant qu'elle ne commette des actes humiliants pour la famille qui peuvent même compromettre son mariage.

3.2. Profils sociodémographiques et économiques des adolescentes et jeunes filles survivantes de mariages d'enfants à partir de l'AFCM :

Analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) est une analyse statistique descriptive multivariée dont le but est de représenter graphiquement les modalités de différentes variables et de décrire des liaisons entre ces modalités. Elle s'applique à des *tableaux de contingence* afin d'étudier les relations existantes entre deux variables *nominales*

Il ressort de l'analyse factorielle des correspondances multiples que les adolescentes qui subissent le mariage d'enfants dans la région de Kayes résident en milieu rural. Elles n'ont aucun niveau d'instruction et ont eu leur premier rapport sexuel entre 15 et 19 ans. Elles ont des pères sans niveau d'instruction et le choix de leur conjoint est décidé par la famille. Elles ont un lien de parenté ou sans liens de parenté avec leurs conjoints, qui n'ont aucun niveau d'instruction. Leurs conjoints sont des orpailleurs, des ouvriers, des artisans, des maîtres coraniques et des aventuriers.

Graphique 1: le profil des adolescentes victimes de mariages d'enfants



Source : Enquête sur les mariages d'enfants, grossesses d'adolescentes et SSRAJ à Kayes, DNP (2024)

✓ Essai d'explication des facteurs associés au mariage d'enfants :

Les résultats issus du modèle de la régression logistique binomiale montrent que les facteurs explicatifs du mariage d'enfants dans la région de Kayes, identifiés dans le modèle sont : le Milieu de résidence, la communication sur la santé sexuelle et reproductive au sein de la famille, le niveau d'instruction du père, l'occupation de la mère, niveau d'instruction de l'enquête, ethnie du conjoint, niveau d'instruction du conjoint, la profession du conjoint, le principal facteur qui favorise l'union (Annexe3, tableau 2).

a) Milieu de résidence :

Le milieu de résidence est significatif au seuil de 1% dans l'explication du mariage d'enfants dans la région de Kayes. Autrement dit l'âge à la première union varie d'un milieu à un autre. Il ressort donc des analyses que les filles vivant dans le milieu urbain 42% de chance en plus de ne pas contracter le mariage avant 18 ans que celles qui vivent dans le milieu rural. Cela est tout à fait normal car les filles qui résident en milieu urbain sont celles qui, sous l'influence de la modernisation, connaissent plus les textes régissant le mariage et, par conséquent ont plus tendance à se révolter contre les pratiques traditionnelles. On peut donc noter que le milieu de résidence est un facteur explicatif du mariage d'enfants.

b) Communication sur la santé sexuelle et reproductive au sein de la famille :

Par rapport aux filles vivantes dans les familles au sein de laquelle il n'existe pas une communication sur la santé sexuelle et reproductive, les filles issues des familles qui communiquent sur la SSR courent 1,21 fois plus de chance de ne connaître le mariage d'enfants. Ces résultats sont statistiquement significatifs au seuil de 5%. En d'autres termes le risque de se marier avant dix ans est plus élevé chez les premiers que chez les derniers

c) Niveau d'instruction du père

Le niveau d'instruction du père est significatif au seuil de 1% dans l'explication du mariage d'enfants dans la région de Kayes. Selon les résultats du tableau (en annexe), les filles dont les pères ont fait les écoles coraniques ou Medersa courent 28% de risque en plus de contracter le mariage d'enfants par rapport à celles dont les pères n'ont aucun niveau d'instruction. Autrement dit, ces filles sont 1,28 fois plus exposées au mariage d'enfants que ceux dont le père n'a jamais fréquenté. Par ailleurs, on constate qu'il y a pas de différence entre ceux dont les pères sont allés à l'école classique et ceux dont les pères n'ont pas fréquenté en termes de risque de connaître le mariage avant leur dix-huitième anniversaire, car il n'y a pas de différences statistiquement significatives au seuil de 5 % pour ces modalités.

d) Occupation de la mère

Par rapport aux filles dont la mère est ménagère, les filles de mère commerçante, travaillant dans les sites d'orpaillage courent respectivement 1,09 et 1,12 fois plus de risque de contracter le mariage d'enfants. Aussi, les filles dont la mère est décédée, ouvrières, salariée ou artisanne courent 1,36 fois plus de risque de se marier avant 18 ans comparées aux filles de mère ménagère. Notons que ces différences sont statistiquement significatives au seuil de 1 %.

e) Niveau d'instruction de l'enquêté

Les résultats montrent que les filles qui ont un niveau d'études secondaire ou supérieur courent près de deux (1,95) fois plus de risque de connaître le mariage d'enfants que ceux de n'ayant aucun niveau d'instruction au moment de l'enquête. Ce résultat est fort étonnant, étant donné qu'il s'agit ici du niveau d'instruction au moment de l'enquête et non au moment du mariage, si on suppose dans ce cas que ces individus ont continué les études après le mariage, on peut comprendre alors que les filles qui ont un niveau secondaire ou plus au moment de l'enquête avaient un niveau inférieur au secondaire lors de leur mariage. Cette hypothèse semble plus plausible pour expliquer le résultat obtenu. En plus, on remarque aussi que les filles qui ont déclaré atteindre le niveau fondamental et ceux ayant fréquenté les écoles coraniques ou Medersa au moment de l'enquête courent respectivement 2% et 17% de risque en moins de contracter le mariage d'enfants que celle sans niveau d'instruction. Les résultats trouvés dans ce cas sont normaux parce que l'instruction apparaît comme un facteur qui défavorise le mariage d'enfants, car les filles instruites semblent être celles qui, sous l'influence de la modernisation, connaissent plus leurs droits et, par conséquent ont plus tendance à retarder leur âge à la première union.

f) Ethnie du conjoint :

Ethnie est un facteur explicatif du mariage d'enfants à Kayes, elle varie significativement d'une ethnie à une autre. Par rapport aux hommes des ethnies malinkés, les hommes de l'ethnie Sarakolé, Soninké et Marka ont 28% de chance en moins de se marier à une fille qui n'a pas encore 18 ans. Cependant, on constate que dans l'explication du mariage d'enfants dans la région de Kayes, les individus de l'ethnie Sarakolé, Soninké et Marka sont plus déterminants que les autres ethnies. On note une différence significative au seuil de 1%.

g) Niveau d'instruction du conjoint

Le niveau d'instruction du conjoint est un facteur déterminant du mariage des filles avant dix-huit ans dans la région de Kayes aux seuils respectifs de 5%. Les résultats montrent que les hommes qui ont atteints le niveau d'études fondamental et ceux ayant fréquentés les écoles coraniques ou medersa courent respectivement 8% et 9% de chance en moins de contracter un mariage d'enfants par rapport à ceux sans aucun niveau d'étude. Autrement dit, les premiers ont respectivement 0,92 et 0,91 fois moins de chance par rapport aux derniers de se marier à une fille qui n'a pas encore atteint ses dix-huit ans. Les résultats trouvés sont normaux parce que l'instruction apparaît comme un facteur qui défavorise le mariage d'enfants, les hommes instruits sont ceux qui, sous l'influence de la modernisation et connaissent les conséquences néfastes du mariage d'enfants. Par conséquent, ils ont les tendances de se laisser contre les pratiques traditionnelles.

h) Profession du conjoint :

La profession du conjoint agit aussi comme facteur explicatif du mariage d'enfants à Kayes, elle est statistiquement significative au seuil de 5%. En d'autres termes, les hommes qui travaillent dans le domaine de l'artisanat ont 50% de chances en moins par rapport à ceux qui sont des orpailleurs de se marier à une fille qui n'a pas encore ses dix-huit ans. Par ailleurs, les hommes qui sont émigrants travaillant à l'étranger et ceux qui sont des maîtres coraniques ont 33% de chance en plus par rapport aux orpailleurs de contracter un mariage d'enfants, en d'autres termes les premiers sont plus susceptibles de se marier à une fille qui n'a pas encore atteint dix-huit ans que les derniers.

4. Discussions

4.1. Choix des variables de l'étude :

Les variables étudiées dans notre étude ont porté essentiellement sur la prévalence du mariage d'enfants, les profils sociodémographiques et socio-économiques des adolescents et jeunes victimes de mariage d'enfants et la perception des populations sur le phénomène.

Les mêmes variables ont été traitées par l'Université des lettres et des sciences humaines de Bamako (ULSHB) dans l'étude réalisée sur « Lutter contre les mariages précoces par l'autonomisation des filles en Afrique de l'Ouest ». Il s'agissait de l'ampleur du mariage d'enfants, de ses déterminants et des perceptions des acteurs sur le phénomène.

4.2. Prévalence du mariage d'enfants

Dans notre étude, 44,6% des filles de la région de Kayes sont entrées en union avant dix-huit ans. Dans l'étude de l'Université des lettres et des sciences humaines de Bamako, ce sont 27% des femmes de la région de Kayes qui sont mariées avant leur 15^{ème} anniversaire. Les auteurs ont trouvé que les Maliennes entrent en union à un âge très précoce avec 66% avant l'âge de 18 ans. (ULSHB, 2017)

Aussi, il ressort du rapport final de l'*UNICEF* sur « étude sur le mariage des enfants dans la région du sahel » que 66,7% des filles se marient avant l'âge de 18 ans, dont 20% avant l'âge de 15 ans. (UNICEF, 2016)

4.3. Profils des victimes de mariage d'enfants

Concernant les profils des victimes de mariage d'enfants, notre étude a identifié entre autres caractéristiques, le milieu de résidence, le niveau d'instruction des parents, le choix du conjoint décidé par la famille, le niveau d'instruction du conjoint et son emploi.

Il en ressort de notre étude que les adolescentes qui subissent les mariages d'enfants dans la région de Kayes résident en milieu rural. Elles n'ont aucun niveau d'instruction et ont eu leur

premier rapport sexuel entre 15 et 19 ans. Elles ont des pères sans niveau d'instruction et le choix du conjoint est décidé par la famille. Elles ont un lien de parenté ou sans liens de parenté avec leurs conjoints, qui n'ont aucun niveau d'instruction. Leurs conjoints sont des orpailleurs, des ouvriers, des artisans, des maîtres coraniques et des aventuriers.

L'étude de l'Université des lettres et des sciences humaines de Bamako, (ULSHB) sur le mariage Précoce en Afrique de l'Ouest, trouve aussi que les victimes de mariage d'enfants se caractérisent par le jeune âge, le faible niveau d'éducation, la religion musulmane. En effet, les filles sont souvent mariées avant l'âge de 18 ans, avec un nombre significatif marié avant 15 ans ; une grande partie des filles mariées précocement n'est jamais allée à l'école ou a abandonné l'école avant le mariage. Environ 32,1% des filles mariées précocement ne sont jamais allées à l'école, et 39,96% ont quitté l'école à cause du mariage ; la majorité des filles mariées précocement sont de confession musulmane (ULSHB, 2017).

Aussi, dans la même étude réalisée au Niger par le laboratoire d'étude et de recherche sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL), il ressort que les caractéristiques sociodémographiques des victimes sont identiques à celles évoquées dans notre étude. Dans cette étude, le profil des filles victimes de mariage précoce met en évidence plusieurs caractéristiques sociodémographiques : pas ou faible niveau d'éducation, les décisions de mariage sont souvent prises par les parents ou les tuteurs, sans le consentement des filles ; les mariages souvent justifiés par des traditions culturelles ou des interprétations religieuses, (LASDEL, 2017).

Également, l'UNICEF, trouve que les victimes du mariage d'enfants dans la région du Sahel sont souvent non scolarisées, issues de milieux ruraux, et soumises à des normes sociales et religieuses qui favorisent les unions précoces. (UNICEF, 2016)

Concernant les raisons du mariage d'enfants, notre étude trouve comme raisons : la prévention des grossesses hors mariage, les raisons religieuses et économiques.

Pour les auteurs de *LASDEL* sur le mariage Précoce en Afrique de l'Ouest, les raisons du mariage précoce concernent principalement, normes socioculturelles, les motifs économiques et les facteurs religieux. En effet, selon eux, les traditions et les coutumes locales jouent un rôle clé dans la perpétuation du mariage précoce. Ces normes valorisent souvent les mariages précoces pour des raisons telles que la préservation de la virginité et la prévention des grossesses hors mariage. Pour les raisons économiques, la pauvreté est évoquée comme une cause majeure, où les filles sont parfois mariées jeunes pour alléger la charge financière des familles ou pour obtenir des avantages économiques. En fin, certaines interprétations de la religion musulmane sont aussi citées comme raisons du mariage précoce des filles. (LASDEL, 2017).

Quant à l'UNICEF, il résume les raisons du mariage d'enfants en trois principales catégories qui sont économiques, socioculturelles et religieuses. (UNICEF, 2016)

5. Conclusion

Le présent article a pour objectif de présenter quelques facteurs explicatifs du phénomène du mariage des enfants dans la région Kayes, afin d'orienter des actions de politiques et programmes pour réduire ou éliminer le phénomène.

Les résultats des enquêtes démontrent que le mariage d'enfants est toujours pratiqué dans la région de Kayes. 44,6 % des filles de la région de Kayes sont entrées en union avant dix-huit

ans. Son ampleur varie en fonction du milieu de résidence, 35,7% en milieu urbain contre 60,8% en milieu rural.

Les facteurs favorisant le mariage d'enfants du côté des adolescentes/jeunes qui ont été identifiés sont entre autres, la crainte de la survenue d'une grossesse (59,8%), la sexualité précoce (24,4%), les facteurs traditionnels (18,3%) et religieux (10, 4%). Du côté des adultes, c'est-à-dire des agents des services techniques et membres de la société civile, les facteurs favorisant le mariage d'enfants sont presque identiques. Ces enquêtés ont parlé d'honneur de la famille en évitant les grossesses hors mariage, des facteurs religieux et de la tradition.

Les adolescentes et jeunes filles victimes du mariage d'enfant sont généralement non instruites et dont les parents ne sont pas non plus instruits. Elles sont les premières filles de leurs mamans et sont entrées précocement dans la sexualité.

Comme conséquences du mariage d'enfants, les adolescents/jeunes de même que les adultes en connaissent quelques-unes. Les principales citées sont : les conséquences sanitaires, psychologiques et sociales.

Face au drame du mariage d'enfants et des grossesses précoces, l'heure n'est plus à l'indifférence, il faut agir pour sauver de nombreuses filles des traumatismes du mariage précoce et ses conséquences désastreuses sur la vie des futures femmes. Pour cela, les autorités à tous les niveaux, doivent s'impliquer dans le respect des textes réglementant le mariage en République du Mali.

Déclaration de conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts lié à cet article.

Remerciements : Nous tenons à rendre un hommage tout particulier aux populations des cercles de Kayes, Kéniéba et Yélimané pour leur collaboration pendant la collecte des données. Nous remercions les autorités administratives, communales et communautaires des différents cercles pour leur accompagnement et l'ensemble des équipes de collecte. Enfin, nous remercions la Direction Nationale de Population et ses partenaires (SWEDD, UNPAF) pour leurs appuis technique et financier qui ont permis la réalisation de cette enquête.

Références

Cercle de Kéniéba, Commune rurale de Kéniéba (2019), Plan de développement économique social Et culturel de la commune rurale de Kéniéba, Période de 2019- 2023, mars 2019.

Direction nationale de la Population (2022), Estimation de la population du Mali par Région, Cercle et Commune selon le sexe.

INSTAT, Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM), 2018.

Laboratoire d'étude et de recherche sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL, 2017), Lutter contre les mariages précoces par l'autonomisation des filles au Niger, rapport final de l'étude base, mars 2017.

LOI N°2011 – 087 du 30 Décembre 2011 PORTANT CODE DES PERSONNES ET DE LA FAMILLE DU MALI.

Maliactu.net (2017), Mariage précoce à Kayes, [www. Maliactu.net](http://www.Maliactu.net), consulté le 17 janvier 2025.

Ministère de l'aménagement et de la population, Secrétariat Général (2017), *politique nationale de population*, novembre 2017.

Région de Kayes cercle de Yélimané (2010), Schéma d'aménagement et de développement durable du cercle de Yélimané 2011-2025, Tome 1 : Diagnostic des secteurs de développement, Rapport définitif, Août 2010.

UNICEF (2012), Progrès pour les Enfants : un bilan sur les adolescents, 2012.

UNICEF (2016), étude sur le mariage des enfants dans la région du sahel, Rapport final, 2016.

Université des lettres et des sciences humaines de Bamako (2017), Lutter contre les mariages précoces par l'autonomisation des filles en Afrique de l'Ouest, Bamako, Mai 2017, P. 114

UNIVERSITE DES LETTRES ET DES SCIENCES HUMAINES DE BAMAKO (ULSHB) Départements sciences de l'éducation/ Sociologie et anthropologie (2017), Lutter contre les mariages précoces par l'autonomisation des filles au Mali, RAPPORT CONSOLIDE DE L'ETUDE DE BASE, Bamako, 07 Mai 2017

© 2025 YATTARA, 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 (2)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 13 March 2025
Accepted, 14 July 2025
Published, 23 July 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Ouedraogo C. S. & Bougma M.(2025). Planification des grossesses et pratiques de soins infantiles en Afrique subsaharienne. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*,7(2), 18-34.
<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.2>

Research

Planification des grossesses et pratiques de soins infantiles en Afrique subsaharienne

Pregnancy planning and child care practices in sub-Saharan Africa

Sibiri Clément Ouedraogo^{1,*}, Moussa Bougma²

¹Institut national de la statistique et de la démographie, Doctorant à l'Institut supérieur des sciences de la population, Université Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

²Institut supérieur des sciences de la population, Université Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

* Correspondance : clementouedraogo100@gmail.com ; Tel : +22654772811 ;

Résumé

Cet article s'est fixé pour objectif d'évaluer l'impact de la planification des grossesses sur quatre pratiques de soins infantiles en Afrique subsaharienne que sont l'initiation précoce à l'allaitement, le recours aux soins postnatals, l'allaitement exclusif et la complétude vaccinale. Les dernières données disponibles en 2024 des enquêtes démographiques et de santé de 34 pays d'Afrique subsaharienne couvrant la période de 2011-2022 ont été mobilisées et des méthodes descriptives bivariées et multivariées à travers des régressions logistiques binomiales ont été aussi utilisées pour l'analyse. Les résultats indiquent que les pratiques de santé qui surviennent immédiatement après l'accouchement (initiation à l'allaitement et soins postnatals) sont fortement impactés par la planification des grossesses. En effet, comparativement aux naissances planifiées, celles mal planifiées et non désirées ont respectivement 14,1% et 16,5% moins de chances d'être allaité dans l'heure suivant l'accouchement. Elles ont par ailleurs respectivement 3,9 % et 11,3 % moins de chances de bénéficier de soins postnatals dans les deux jours suivants l'accouchement comparativement aux naissances planifiées. A contrario, les pratiques sanitaires qui surviennent plus tardivement (allaitement exclusif pendant 6 mois, complétude vaccinale) sont faiblement impactées par la planification de la grossesse. Ces résultats indiquent un effet régressif avec le temps de la planification de la grossesse sur les indicateurs de prise en charge sanitaire des enfants en Afrique subsaharienne. Cela peut être mis en relation avec les normes culturelles qui régissent les sociétés africaines ainsi que les liens affectifs qui se développent entre les parents et leurs enfants.

Mots clés : Mal planifiées, non désirées, allaitement, soins postnatals, vaccination.

Abstract

The objective of this article was to assess the impact of pregnancy planning on four childcare practices in sub-Saharan Africa: early initiation of breastfeeding, use of postnatal care, exclusive breastfeeding and complete immunisation. The latest data available in 2024 from the demographic and health surveys of 34 countries in sub-Saharan Africa, covering the period 2011-2022, were mobilised, and bivariate and multivariate descriptive methods through binomial logistic regressions were also used for the

analysis. The results indicate that health practices that occur immediately after childbirth (initiation of breastfeeding and postnatal care) are strongly impacted by pregnancies planning. In fact, compared to planned births, mistimed and unwanted births are 14.1% and 16.5% less likely to be breastfed within an hour of delivery, respectively. They are also 3.9% and 11.3% less likely to receive postnatal care within two days of delivery compared to planned births, respectively. On the other hand, health practices that occur later (exclusive breastfeeding for 6 months, complete vaccination) are little impacted by pregnancy planning. These results highlight a time-dependent effect of pregnancy planning on child health care indicators in sub-Saharan Africa. This can be related to the cultural norms that govern African societies as well as the emotional bonds that develop between parents and their children.

Keywords: Mistimed, unwanted, breastfeeding, postnatal care, immunization.

1. Introduction

L'allaitement maternel, le recours aux soins postnatals et la vaccination des enfants sont des composantes majeures des soins de santé destinés à l'enfant. Ils font partie des mesures les plus efficaces pour prévenir la mortalité, la morbidité et les complications des maladies infectieuses chez les enfants.

L'initiation précoce ou opportune de l'allaitement, en particulier dans l'heure qui suit la naissance, est une pratique recommandée par l'Organisation mondiale de la santé, (UNICEF & OMS, 2018). Une revue systématique et une méta-analyse ont révélé que l'initiation de l'allaitement après la première heure de la naissance double le risque de mortalité néonatale, (Khan et al., 2015). Les preuves, tirées d'une méta-analyse de plus de 63 pays en développement, montrent que l'initiation précoce de l'allaitement maternel prévient les infections du nouveau-né, évite la mort du nouveau-né due à la septicémie, à la pneumonie, à la diarrhée et à l'hypothermie, et facilite la poursuite de l'allaitement maternel, (Oddy, 2013). L'allaitement maternel exclusif pendant les six (6) premiers mois de la vie est également une des recommandations de l'OMS. Il améliore la croissance, la santé et la survie des nouveau-nés et constitue un moyen naturel et efficace de médecine préventive, (WHO, 2003). Par ailleurs, les visites postnatales permettent de surveiller le poids, la croissance, les vaccinations et de détecter d'éventuelles anomalies de développement à un stade précoce. En ce qui concerne la vaccination, elle protège contre des maladies potentiellement mortelles ou graves. On estime qu'elle permet d'éviter environ 3 millions de décès chaque année dans le monde et d'éviter à près 750 000 enfants de souffrir de sérieux handicaps physiques, mentaux ou neurologiques, (Bos & Batson, 2000).

Ces pratiques de soins infantiles constituent ainsi des piliers incontournables des politiques de santé infantile. Pourtant, leur adoption reste inégale, notamment dans les contextes de grossesses non planifiées, où les risques sanitaires pour l'enfant sont exacerbés. Des études ont montré dans diverses contrées que les grossesses non désirées ou mal planifiées sont associées à des soins sanitaires inadéquats, (Brown & Eisenberg, 1995; Hajizadeh & Nghiem, 2020). Plusieurs études ont montré que les grossesses mal planifiées ou non désirées sont associées à une initiation tardive ou à l'absence d'allaitement maternel exclusif dans le contexte américain, (Cheng et al., 2009; Joyce et al., 2000; Kost et al., 1998; Kost & Lindberg, 2015; Lindberg et al., 2015), aux Philippines, (Ulep & Borja, 2012), en Égypte, (Mohamed et al., 2019) et au Ghana, (Chinebuah & Pérez-Escamilla, 2001). Par ailleurs, un moindre recours à la vaccination en cas de grossesse non désirée ou mal planifiée a été mis en évidence et documenté dans le contexte asiatique notamment, (Singh et al., 2012, 2013, 2015).

Bien que ces mécanismes soient bien établis dans les pays occidentaux, leur transposabilité en Afrique subsaharienne reste incertaine, notamment en raison des dynamiques culturelles et socio-économiques qui pourraient modérer ces effets. Cette assertion tire ses fondements du modèle bioécologique de Bronfenbrenner qui postule que différents environnements influencent le développement cognitif,

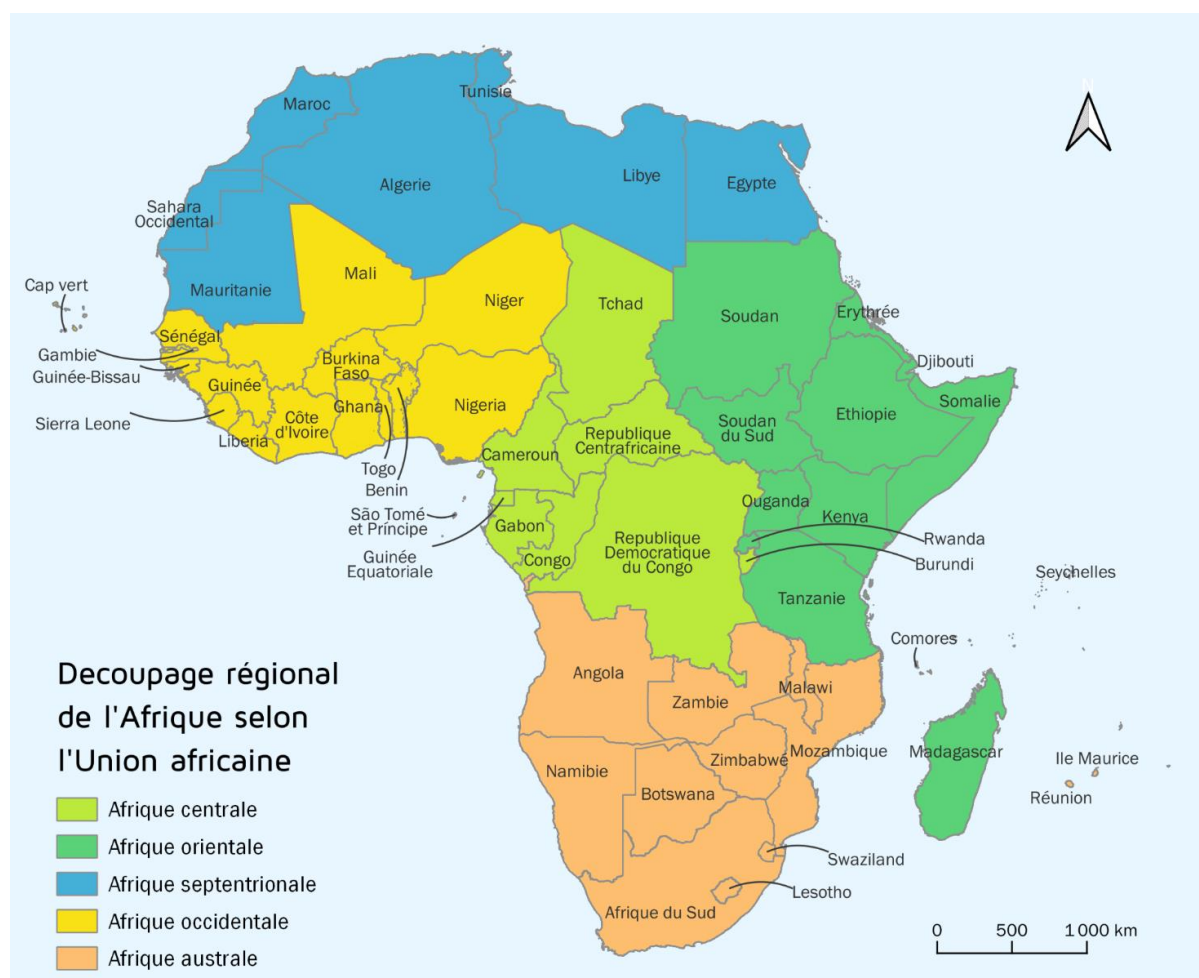
moral et relationnel de chaque individu. En Afrique subsaharienne, les valeurs occupent une place centrale : l'Africain authentique est connu et identifié dans sa communauté, (Kanu, 2010). Il pose ainsi ses actes de manière à ne pas jeter l'opprobre sur cette communauté. La culture africaine est également ancrée dans de fortes considérations morales et religieuses. La croyance en une vie après la mort a doté l'homme noir du respect de la vie et de la dignité humaine. Par ailleurs, le culte des divinités dans certaines communautés aide à rationaliser le comportement dans la société et les gens ont peur de commettre des infractions par peur d'être exposés, (Idang, 2015). Au-delà des valeurs culturelles, les liens affectifs qui naissent et se renforcent au fil du temps entre une mère et son enfant peuvent être à l'origine d'un amenuisement des conséquences des grossesses mal planifiées et non désirées avec le temps. Ce postulat prend ses fondements des travaux sur la résilience maternelle, (Masten, 2014) et l'attachement, (Bowlby, 1979). Les mécanismes par lesquels ces liens se créent sont de divers ordres : réinterprétation du sens (une mère peut redéfinir son expérience car ce qui n'était pas planifié peut devenir une source de bonheur), support émotionnel mutuel (l'enfant devient une source de motivation pour surmonter les défis), adaptation progressive (le temps permet à la mère de développer des compétences parentales et de s'ajuster aux nouvelles réalités). La mère peut aussi développer un sentiment de rejet dans les cas des enfants non désirés.

Au vu de ce qui précède, cette étude vise à combler un vide scientifique : l'absence de données panafricaines sur l'impact des grossesses mal planifiées et non désirées sur les soins infantiles. L'objectif de cette étude est ainsi d'évaluer l'impact de la planification de la grossesse sur la prise en charge sanitaire des enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne. Elle ouvre la voie à des politiques de santé plus contextualisées, alignées sur les réalités socioculturelles de la région. Nous formulons ainsi les quatre hypothèses suivantes : H1 : comparativement aux naissances planifiées, celles mal planifiées et non désirées sont moins susceptibles de bénéficier d'une initiation précoce à l'allaitement, H2 : Elles sont également moins susceptibles de bénéficier d'une visite postnatale dans les deux premiers jours, H3 : Les naissances mal planifiées et non désirées ont cependant les mêmes chances d'allaitement maternel exclusif que celles planifiées et H4 : elles ont également dans chances identiques de complétude vaccinale.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Présentation de la zone d'étude

La zone de couverture de cette étude est l'Afrique subsaharienne qui désigne l'étendue du continent africain au Sud du Sahara. Elle s'étend sur une superficie de 22 431 000 km² et abrite quarante-huit États sur les 55 que compte le continent africain. Ce dernier peut être subdivisé en 5 grandes régions : Afrique orientale, Afrique centrale, Afrique australe, Afrique occidentale et Afrique septentrionale. L'Afrique subsaharienne couvre les quatre premières citées. Seule l'Afrique septentrionale constituée des pays du Maghreb ne fait pas partie de cette entité.



Sources : Fonds de carte de Gadm 4, Découpage de l'Union Africaine

Carte 1 : Découpage régional de l'Afrique

2.2. Données

La présente étude adopte une démarche quantitative. La population cible est constituée d'enfants de moins de 5 ans. L'échantillon est constitué à partir de l'historique des naissances vivantes survenues au cours des cinq années précédant l'enquête fourni par les femmes de 15-49 ans. Les informations sur les enfants sont données par leurs mères.

Les données utilisées sont celles des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées dans les pays d'Afrique subsaharienne, les EDS ont pour objectif d'estimer de nombreux indicateurs socioéconomiques, démographiques et sanitaires au niveau de l'ensemble de la population et des sous-populations des femmes de 15 à 49 ans, des enfants de moins de 5 ans et des hommes de 15 à 59 ans. Par ailleurs, les données sont collectées selon une méthodologie similaire favorisant la comparabilité des données entre pays.

Les dernières données disponibles en 2024 pour chaque pays sont retenues pour les analyses. Aussi, les pays ne disposant pas de données relativement récentes (après 2010) ont été exclus. Les niveaux d'analyse retenus sont le niveau national, le niveau sous-régional et le niveau régional. Pour la pondération des données aux niveaux régional et sous régional, il existe essentiellement deux options. La première consiste à redimensionner le poids de chaque pays afin qu'il soit proportionnel à la population du pays au moment de l'enquête. La seconde option consiste à redimensionner afin que le poids total soit le même pour chaque pays. La première option a le problème qu'en général un grand

pays, comme le Nigeria, dominera complètement les résultats, de ce fait nous optons pour la seconde. Les données utilisées concernent 34 pays.

Tableau 1 : Année d'enquête et effectif des enfants de moins de cinq ans par pays

Pays	Année d'enquête	Effectif des enfants de moins de 5 ans
Afrique australe	-	66 447
Afrique du Sud	2016	3 389
Angola	2015-16	13 549
Lesotho	2014	2 915
Malawi	2015-16	16 330
Mozambique	2011	10 291
Namibie	2013	4 818
Zambie	2018	9 398
Zimbabwe	2015	5 757
Afrique centrale	-	70 490
Burundi	2016-17	12 384
Cameroun	2018	9 043
Gabon	2019-21	8 857
RDC	2013-14	6 077
Congo	2011-12	17 228
Tchad	2014-15	16 901
Afrique de l'Est	-	76 037
Comores	2012	3 023
Éthiopie	2016	9 939
Kenya	2022	18 698
Madagascar	2021	11 686
Ouganda	2016	14 633
Rwanda	2019-20	7 737
Tanzanie	2022	10 321
Afrique de l'Ouest	-	136 288
Bénin	2017-18	12 564
Burkina Faso	2021	11 757
Côte d'Ivoire	2021	9 878
Gambie	2019-20	7 883
Ghana	2022	9 005
Guinée	2018	7 233
Liberia	2019-20	5 209
Mali	2018	9 221
Niger	2012	11 602
Nigeria	2018	30 547
Sénégal	2019	5 845
Sierra Leone	2019	9 009
Togo	2013-14	6 535
Source : Enquêtes démographiques et de santé EDS 2011-2022		

2.3. Variables

Trois types de variables ont été mobilisées dans le cadre des analyses : les variables dépendantes, la variable indépendante principale et les autres variables indépendantes.

Les variables dépendantes sont l'initiation précoce à l'allaitement, le recours aux soins postnatals, l'allaitement exclusif et la complétude vaccinale.

La variable indépendante principale est la variable dont nous désirons mettre en lumière l'influence sur les variables dépendantes. Il s'agit de la planification de la grossesse (m4 dans la base EDS) qui est captée au travers des questions suivantes adressées aux femmes âgées de 15-49 ans pour chacune de leurs naissances survenues au cours des cinq dernières années : *Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ? Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus (ou pas) d'enfant ?* Cette variable comporte des limites inhérentes à son caractère rétrospectif. La variable « planification des grossesses » comprend 3 modalités : **Planifiée** (grossesse voulue au moment), **Mal planifiée** (grossesse voulue plus tard) et **Non désirée** (grossesse non voulue, ni au moment ni plus tard).

Les autres variables indépendantes sont les caractéristiques socioéconomiques et démographiques qui sont généralement connues pour être associées aux variables dépendantes. Elles seront mises à contribution pour contrôler la relation entre la variable indépendante principale et chaque variable dépendante. Nous avons retenu le milieu de résidence (urbain-rural), le quintile de richesse du ménage (très faible, faible, moyen, élevé, très élevé), le niveau d'instruction de la mère (aucun, primaire, secondaire ou plus), l'occupation de la mère (active, inactive), son statut matrimonial (en union ou pas en union), son groupe d'âge (15-19 ans, 20-34 ans, 35-45 ans), son exposition aux médias (fortement, faiblement ou pas exposée), le rang de la naissance (1, 2-3, 4-5, 6 ou plus) et l'intervalle avec la naissance précédente (première naissance, moins 24 mois, 24-47 mois, 48 mois ou plus).

2.4. Méthodes d'analyse

Deux types d'analyses sont mise en œuvre dans cette étude : **une analyse descriptive et une explicative**. L'analyse descriptive consiste à une analyse d'association entre la planification de la grossesse et chacune des variables dépendantes à travers des tableaux croisés et des tests de proportion au vu de leur nature qualitative. Cette première analyse à visée descriptive est réalisée par sous-région et par pays. Elle sera ensuite contrôlée au niveau global (Afrique subsaharienne) par les autres variables explicatives prises individuellement. Le but est d'évaluer l'effet de chacune de ces autres variables sur les relations entre la planification de la grossesse et les variables dépendantes.

Au niveau explicatif, la relation est analysée en présence des autres variables indépendantes prises simultanément à travers des régressions logistiques binomiales ou binaires (les variables dépendantes ayant chacune deux modalités). L'objectif étant d'identifier les effets nets de la planification de la grossesse sur les variables dépendantes. Le modèle d'analyse peut être illustré comme suit :

La régression logistique commence par une combinaison linéaire des variables indépendantes (ou prédicteurs) :

$$z = \beta_0 + \beta_1 x X_1 + \beta_2 x X_2 + \dots + \beta_n x X_n$$

Où z est le score linéaire, β_0 l'ordonnée à l'origine (intercept), β_i sont les coefficients (poids) associés à chaque variable indépendante X_i .

Ce score z est ensuite passé à travers la fonction logistique (sigmoïde) :

$$P(Y = 1) = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

où $P(Y=1)$ est la probabilité que l'enfant ait le caractère étudié.

Pour une interprétation intuitive, on convertit souvent les coefficients en Odds Ratios (OR) ou Rapport de Cotes (RC) en prenant l'exponentielle du coefficient ($e^{-\beta_i}$).

Si cette valeur est inférieure à 1, on dira que les enfants de la catégorie k ont $(1-RC)*100$ moins de chance que leurs homologues du groupe de référence à avoir le caractère étudié. Un "odd ratio" supérieur à 1 signifie que cette chance est de RC fois plus que les enfants de la catégorie de référence. Enfin pour la mise en œuvre de ces analyses, le logiciel Stata 16 est utilisé.

3. Résultats

3.1. Analyse descriptive

3.1.1. Planification de la grossesse, initiation à l'allaitement et recours aux soins postnatals

Le tableau 2 ci-après présente la proportion des naissances allaitées dans l'heure et celles ayant reçu des soins postnatals selon la planification de la grossesse.

Tableau 2 : Proportion des naissances allaitées dans l'heure et ayant reçu des soins postnatals selon la planification de la grossesse

Pays /Sous-région	Allaitement dans l'heure				Soins postnatals			
	Ensemble	Planifiée	Mal planifiée	Non désirée	Ensemble	Planifiée	Mal planifiée	Non désirée
Afrique australe	70,5	71,5	69,4*	68,5*	37,5	35,2	40,9***	40,9***
Afrique du Sud	76,6	77,4	76,5ns	75,1ns	71,7	72,6	72,5ns	68,7ns
Angola	51,9	50,9	54,6ns	48,4ns	13,8	12,2	18,0***	11,7ns
Lesotho	67,7	68,6	68,1ns	65,5ns	18,9	19,3	20,2ns	16,4ns
Malawi	78,2	79,4	77,0ns	75,4*	46,3	45,1	48,9*	46,2ns
Mozambique	78,0	79,4	70,9***	69,9**	-	-	-	-
Namibie	74,1	77,1	71,5**	71,7ns	19,8	19,8	19,2ns	21,5ns
Zambie	77,1	79,7	73,8**	71,3**	52,9	51,1	55,6*	58,0*
Zimbabwe	58,2	58,3	58,6ns	56,7ns	57,5	56,4	58,1ns	66,1**
Afrique centrale	53,0	52,5	52,4ns	61,3***	32,1	29,5	38,1***	38,4***
Burundi	85,0	85,4	83,8ns	84,7ns	32,5	32,1	32,9ns	34,3ns
Cameroun	53,6	55,7	45,1***	53,2ns	40,1	38,0	48,6***	45,8*
Congo	24,7	28,2	16,2***	23,6ns	29,3	29,0	31,0ns	24,1ns
Gabon	74,8	77,0	72,6ns	71,3ns	56,3	54,3	59,7*	56,0ns
RDC	52,1	53,4	50,3ns	45,3*	8,0	7,5	8,8ns	10,6ns
Tchad	24,6	25,2	19,3**	25,2ns	4,8	4,5	7,1*	5,9ns
Afrique de l'Est	68,1	68,6	66,6ns	68,2ns	37,6	35,7	42,9***	39,7**
Comores	39,7	41,3	36,5ns	36,5ns	13,4	11,6	18,0*	13,6ns
Éthiopie	75,0	76,4	72,5ns	68,7*	8,5	8,5	8,4ns	9,2ns
Kenya	60,5	60,3	60,5ns	62,2ns	75,2	73,8	77,3*	77,8ns
Madagascar	62,5	62,8	57,4*	64,2ns	34,8	34,4	38,7ns	35,1ns
Ouganda	67,4	71,4	61,9***	64,1***	37,0	35,5	39,6**	37,5ns
Rwanda	86,2	85,3	86,8ns	88,5*	56,1	54,5	59,2**	57,4ns
Tanzanie	75,4	76,5	73,9ns	63,3**	48,7	49,6	46,6ns	45,3ns
Afrique de l'Ouest	55,2	55,4	53,4ns	57,3ns	47,5	45,6	55,7***	53,8***
Bénin	55,5	57,4	48,9***	53,8ns	42,9	40,7	50,0***	51,3***
Burkina Faso	64,8	65,2	62,3ns	58,1ns	68,4	68,8	66,0ns	61,4ns
Côte d'Ivoire	46,0	46,3	42,6ns	60,1**	65,8	65,9	65,1ns	66,4ns
Gambie	37,5	38,7	33,4ns	28,3ns	57,6	56,1	63,7***	70,1***
Ghana	60,2	61,6	58,8ns	56,2ns	78,9	79,2	78,0ns	79,6ns
Guinée	46,9	48,5	39,4**	30,0***	29,7	29,6	35,0ns	17,1***
Liberia	66,5	66,2	65,4ns	72,9ns	57,0	54,5	60,7*	60,9ns
Mali	66,2	67,7	58,8**	58,4ns	34,6	33,4	43,9***	34,6ns
Niger	53,9	54,1	51,9ns	53,4ns	13,8	13,3	19,5**	14,5ns
Nigeria	44,4	43,9	46,7ns	49,9*	24,8	23,5	35,0***	41,0***
Sénégal	34,8	35,4	29,8ns	40,4ns	58,0	57,9	57,5ns	68,9*
Sierra Léone	76,8	78,7	68,5***	69,9**	62,1	60,0	73,2***	70,6***
Togo	62,4	63,2	60,9ns	59,2ns	36,0	36,5	35,5ns	32,0ns
Afrique subsaharienne	61,3	60,9	61,3ns	64,9***	40,4	38,8	44,9***	43,0***

Source : Enquêtes démographiques et de santé EDS 2011-2022

Significativité : *** 1% ; ** 5% ; * 10% ; Ns non significatif

L'allaitement dans l'heure qui suit la naissance permet d'apporter au nouveau-né le colostrum. Cela aide également à éviter des infections néonatales, comme la pneumonie et la diarrhée, réduisant le risque de mortalité néonatale. Un démarrage précoce peut également favoriser un allaitement durable. Sur dix naissances, seules 6 ont bénéficié d'une mise au sein dans l'heure après l'accouchement. L'Afrique australe enregistre le taux le plus élevé (70,5 %) avec des variations marquées entre pays :

Le Mozambique (78 %) et la Zambie (77,1 %) excellent, contrairement à l'Angola (51,9 %). L'Afrique de l'Est affiche des performances moyennes (68,1 %) avec des leaders comme le Rwanda (86,2 %). L'Afrique de l'Ouest (55,2 %) et l'Afrique centrale (53,0 %) enregistrent les taux le plus bas avec une forte hétérogénéité et des extrêmes comme le Congo (24,7 %) et le Tchad (24,6 %).

Pour ce qui est de l'influence de la planification de la grossesse, on observe paradoxalement que la mise au sein précoce est significativement plus fréquente chez les naissances mal planifiées (64,9%), comparativement à celle planifiées (60,9 %). Pour ce qui est des naissances mal planifiées, les différences ne sont pas significatives. La différence observée au niveau des naissances mal planifiée est principalement tributaire des écarts observés en Afrique centrale. Dans les autres sous régions, la planification de la grossesse n'a pas d'impact sur la mise au sein précoce. Les résultats par pays indiquent pour les naissances mal planifiées, une diminution significative en Mozambique, Namibie, Zambie, Cameroun, Congo, Tchad, Ouganda, Bénin, Guinée, Mali et Sierra Léone. Pour les naissances non désirées, une baisse marquée est observée au Mozambique, Zambie, Ouganda, Tanzanie, Guinée et Sierra Léone. Par ailleurs une augmentation paradoxale est observée en Côte d'Ivoire (tableau 2).

Par ailleurs, en Afrique subsaharienne, seules quatre naissances sur dix (40,4%) ont bénéficié de soins postnatals dans les deux jours suivants l'accouchement. L'Afrique de l'Ouest enregistre le taux le plus élevé avec 47,5 % bien qu'il soit très faible au Niger (13,8 %). L'Afrique de l'Est et l'Afrique australe affichent des taux de 37 %, avec des pays performants comme le Kenya (75,2 %) et l'Afrique du Sud (71,7%). En Afrique centrale, seules 32,1 % des naissances ont bénéficiés de ces soins avec des disparités criantes (8 % en RDC contre 56,3 % au Gabon).

Concernant l'effet de la planification de la grossesse sur le recours aux soins, il apparait des résultats paradoxaux. Les naissances planifiées ont moins bénéficié de soins postnatals dans les deux premiers jours suivant l'accouchement (38,8%) comparativement aux naissances mal planifiées (44,9%) ou non désirées (43,0%). Ce résultat est observé dans l'ensemble des sous régions et dans la majorité des pays bien qu'il existe certains pays (comme l'Afrique du Sud, le Lesotho, etc.) où la planification de la grossesse n'influe pas sur le recours aux soins postnatals.

3.1.2. Planification de la grossesse, allaitement exclusif et complétude vaccinale

L'allaitement maternel exclusif présente de nombreux avantages pour l'enfant, la mère et la société de façon générale. Il en est de même pour la complétude vaccinale. Le tableau 3 présente la proportion des naissances exclusivement allaitées et complètement vaccinées selon la planification de la grossesse.

Tableau 3 : Proportion des naissances exclusivement allaitées et complètement vaccinées selon la planification de la grossesse

Pays /Sous-région	Allaitement exclusif				Complétude vaccinale			
	Ensemble	Planifiée	Mal planifiée	Non désirée	Ensemble	Planifiée	Mal planifiée	Non désirée
Afrique australe	50,9	48,8	55,0**	51,3ns	63,4	62,7	64,7ns	63,6ns
Afrique du Sud	32,1	35,7	35,1ns	23,0ns	58,7	56,5	62,2ns	57,7ns
Angola	39,2	37,3	40,0ns	56,4**	28,6	25,9	34,7**	29,6ns
Lesotho	66,0	61,5	72,8ns	69,0ns	68,6	69,6	68,8ns	66,5ns
Malawi	62,9	60,7	65,0ns	68,0ns	73,4	74,0	73,6ns	70,2ns
Mozambique	37,7	37,8	37,5ns	37,6ns	64,6	64,2	66,5ns	68,5ns
Namibie	48,0	41,3	56,7**	45,6ns	63,6	62,3	65,4ns	62,5ns
Zambie	72,9	72,4	71,2ns	84,7*	73,8	73,9	73,8ns	73,1ns
Zimbabwe	48,8	47,2	52,5ns	51,1ns	75,8	77,6	72,0ns	74,6ns
Afrique centrale	35,0	32,5	39,0**	46,6***	48,4	47,9	49,6ns	49,4ns
Burundi	84,6	82,3	89,2*	86,2ns	84,4	84,5	84,9ns	82,2ns
Cameroun	40,9	39,8	44,3ns	46,4ns	52,1	51,7	54,2ns	50,3ns
Congo	20,8	20,2	22,2ns	19,5ns	40,6	41,2	41,1ns	24,4**
Gabon	20,7	19,5	20,3ns	27,0ns	39,8	42,3	36,3ns	38,7ns
RDC	46,9	45,3	51,2ns	44,4ns	45,7	45,4	47,2ns	40,4ns

Tchad	0,5	0,3	0,3ns	12,6*	24,9	24,2	31,8**	19,4ns
Afrique de l'Est	53,8	54,3	54,0ns	49,6ns	59,1	57,6	62,7**	61,2ns
							*	
Comores	12,1	12,8	11,8ns	7,2ns	56,8	57,6	54,5ns	57,1ns
Éthiopie	59,5	61,9	60,3ns	35,9**	36,5	35,2	44,3*	32,7ns
Kenya	33,9	35,6	30,2ns	35,7ns	65,3	64,8	65,0ns	69,5ns
Madagascar	58,7	58,2	64,6ns	57,0ns	48,4	48,5	48,2ns	47,0ns
Ouganda	67,1	67,0	67,7ns	65,5ns	54,0	56,1	52,5ns	46,3**
							*	
Rwanda	81,9	79,1	88,9**	77,4ns	94,9	95,9	94,8ns	90,7**
Tanzanie	69,9	69,9	70,7ns	61,6ns	55,2	53,8	59,7*	51,5ns
Afrique de l'Ouest	44,8	44,3	45,8ns	49,5ns	54,3	54,2	55,1ns	51,0ns
Bénin	42,5	41,9	44,2ns	43,7ns	55,1	55,2	56,6ns	48,2ns
Burkina Faso	52,0	52,7	50,0ns	36,8ns	70,7	71,7	64,7*	53,1**
Côte d'Ivoire	36,8	38,1	33,6ns	33,7ns	34,4	35,4	31,7ns	28,6ns
Gambie	55,3	58,6	45,8*	29,1*	83,2	83,0	83,8ns	83,5ns
Ghana	56,7	60,4	49,8ns	58,7ns	73,3	73,1	72,8ns	75,9ns
Guinée	35,4	35,7	35,2ns	32,4ns	24,0	24,9	19,8ns	17,9ns
Liberia	56,8	55,4	54,7ns	86,7***	47,9	48,9	46,8ns	45,5ns
Mali	41,8	40,1	45,4ns	62,4*	40,7	40,9	40,8ns	32,0ns
Niger	23,0	23,9	14,5*	6,2**	52,2	52,0	53,7ns	59,8ns
Nigeria	29,6	29,5	31,0ns	27,8ns	29,7	28,9	36,2**	30,9ns
Sénégal	43,3	44,1	40,6ns	31,0ns	74,9	73,9	84,3**	55,7ns
Sierra Léone	56,2	54,5	64,4ns	53,7ns	53,4	55,0	45,8**	48,0ns
Togo	56,5	57,6	54,0ns	55,7ns	58,5	60,0	55,4ns	51,7ns
Afrique subsaharienne	46,3	45,1	49,0**	49,8**	56,4	55,5	58,8**	58,1**
			*				*	

Source : Enquêtes démographiques et de santé EDS 2011-2022 Significativité : *** 1% ; ** 5% ; * 10% ; Ns non significatif

Seule une moitié des enfants de moins de 5 ans (46,3%) en bénéficient dans la partie subsaharienne de l'Afrique. Par sous-région, on constate que l'allaitement exclusif est très peu pratiqué en Afrique centrale (35%). Elle l'est davantage en Afrique de l'Est (53,8%). Selon les pays, l'allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois est une pratique quasi inexistante au Niger où moins d'un pourcent des enfants en ont bénéficié. Il est également peu répandu au Comores (12,1%).

L'allaitement exclusif durant les six premiers mois de vie demeure paradoxalement plus accru chez les enfants dont les grossesses étaient mal planifiées ou non désirées (49%) contre 45% chez les enfants dont les grossesses étaient planifiées. Aussi, la différence de prévalence de l'allaitement exclusif au profil des naissances mal planifiées ou non désirées est constatée en Afrique australe et centrale. Dans les parties Est et Ouest de l'Afrique en revanche, la planification de la grossesse n'influe pas la pratique de l'allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois. L'impact de la planification de la grossesse sur l'allaitement maternel est observable en Angola, en Namibie, en Éthiopie, au Rwanda, au Liberia et au Niger. Dans les autres pays, son impact demeure non significatif.

Concernant la complétude vaccinale, il ressort qu'en Afrique subsaharienne, seul un enfant sur deux (56,4%) a bénéficié d'une vaccination complète. Cette proportion demeure très variable selon les régions. Elle est nettement plus élevée en Afrique australe (63,4%) tandis qu'elle est estimée à 59,1% en Afrique de l'Est, 54,3% en Afrique de l'Ouest et seulement 48,4% en Afrique centrale. Selon les pays, la complétude vaccinale est plus fréquente au Rwanda, au Burundi et en Gambie où elle enregistre des taux excédant 80%. Elle demeure en revanche très faible en Angola (28,6%), au Tchad (24,9%) et en Guinée (24,0%).

Concernant l'impact de la planification de la grossesse sur cet indicateur, il demeure significatif dans l'ensemble de la région : 55,5% des naissances planifiées ont bénéficié d'une vaccination complète contre respectivement 58,8% et 58,1% pour les naissances mal planifiées et non désirées. La complétude vaccinale est ainsi paradoxalement plus accrue lorsque la grossesse est mal planifiée ou non désirée et les différences demeurent statistiquement significatives au seuil retenu de 5%. Aussi, la planification de la grossesse n'a aucune incidence sur la complétude vaccinale dans la plupart des sous

régions d'Afrique subsaharienne. C'est uniquement en Afrique de l'Est que la proportion des enfants complètement vaccinés est plus élevée pour les grossesses mal planifiées par rapport à celles planifiées. L'analyse selon les pays révèle que la planification de la grossesse n'a aucun impact sur la complétude vaccinale dans la grande majorité des pays. Son impact demeure significatif dans quelques pays : en Sierra Léone, la complétude vaccinale est plus fréquente chez les naissances planifiées par rapport aux naissances mal planifiées. En revanche, en Angola, au Tchad, Au Nigeria et au Sénégal, c'est la situation inverse qui est observée : les naissances mal planifiées sont plus fréquemment vaccinées complètement que celles planifiées. En ce qui concerne les naissances non désirées, il ressort qu'au Congo, en Ouganda, au Rwanda et au Burkina Faso, elles sont moins fréquemment vaccinées complètement que celles planifiées.

De façon globale, des résultats paradoxaux se dégagent des analyses bivariées : En Afrique subsaharienne, l'initiation précoce à l'allaitement, le recours aux soins postnatals, l'allaitement exclusif et la complétude vaccinale sont plus fréquents chez les naissances mal planifiées ou non désirées comparativement aux naissances planifiées. Il pourrait s'agir d'associations fallacieuses fréquemment observées dans les analyses bivariées. De ce fait, la véracité de ce résultat sera évaluée au travers des analyses explicatives.

3.2. Analyse explicative

3.2.1. Planification de la grossesse, initiation précoce à l'allaitement et recours aux soins postnatals
Les résultats des régressions logistiques sur la relation entre la planification de la grossesse, initiation à l'allaitement et soins postnatals par pays sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Résultats des régressions logistiques sur la relation entre la planification de la grossesse, initiation à l'allaitement et soins postnatals par pays

Pays /Sous-région	Allaitement dans l'heure		Soins postnatals dans les 2 jours	
	Mal planifiées	Non désirées	Mal planifiées	Non désirées
Afrique australe	0,924**	0,818***	0,929*	0,883*
Afrique du Sud	0,929ns	0,759*	0,976ns	0,799ns
Angola	1,122**	0,911ns	1,017ns	0,609***
Lesotho	1,526**	1,270ns	0,922ns	0,868ns
Malawi	0,875***	0,710***	0,933*	0,790***
Mozambique	0,648***	0,660***	-	-
Namibie	0,839*	0,728**	0,968ns	1,310*
Zambie	0,695***	0,609***	0,813***	0,768**
Zimbabwe	1,053ns	0,944ns	0,888ns	1,037ns
Afrique centrale	0,753***	0,803**	0,839***	0,816**
Burundi	0,863*	0,856ns	1,018ns	0,900ns
Cameroun	0,641***	0,952ns	1,021ns	0,801ns
Congo	0,557***	0,939ns	1,225***	0,928ns
Gabon	0,724***	0,681***	0,983ns	0,910ns
RDC	0,971ns	0,796**	1,061ns	1,348**
Tchad	0,796***	0,993ns	1,202ns	0,932ns
Afrique de l'Est	0,877***	0,834***	1,720***	1,058ns
Comores	0,751**	0,906ns	0,989ns	0,920ns
Éthiopie	0,792***	0,634***	0,961ns	1,466***
Kenya	1,038ns	0,990ns	0,861**	1,172ns
Madagascar	0,818**	0,925ns	1,134ns	0,896ns
Ouganda	0,771***	0,765***	0,951ns	0,920ns
Rwanda	1,090ns	1,117ns	0,944ns	0,799**
Tanzanie	1,035ns	0,619***	0,768***	0,720**
Afrique de l'Ouest	0,851***	0,902*	0,928ns	0,682*
Bénin	0,818***	0,920ns	0,951ns	0,877**

Burkina Faso	0,835*	0,728ns	0,874*	1,042ns
Côte d'Ivoire	0,809***	1,825***	0,924ns	0,903ns
Gambie	0,842**	0,663*	0,999ns	1,446ns
Ghana	0,927ns	0,850ns	0,813*	0,919ns
Guinée	0,664***	0,556***	0,827*	0,539***
Liberia	1,124ns	1,356**	1,098ns	0,946ns
Mali	0,624***	0,637***	1,255***	0,765*
Niger	0,965ns	0,911ns	1,260*	0,668ns
Nigeria	0,883**	0,815**	0,838***	0,935ns
Sénégal	0,808*	1,008ns	0,761***	1,104ns
Sierra Léone	0,657***	0,594***	1,023ns	0,845ns
Togo	0,951ns	0,839ns	0,795*	0,782ns
Afrique subsaharienne	0,859***	0,835***	0,961**	0,887***

Source : Enquêtes démographiques et de santé EDS 2011-2022

Réf. : Modalité de référence

Significativité : *** 1% ; ** 5% ; * 10% ; Ns non significatif

Régressions logistiques contrôlées par la région de résidence, le milieu de résidence, l'occupation, l'exposition aux médias et le niveau d'instruction de la femme, le niveau d'instruction de son conjoint, l'âge de la femme à la naissance de l'enfant, le rang de naissance, l'intervalle avec la naissance précédente, le niveau de vie du ménage.

Les résultats explicatifs montrent l'existence d'une relation entre la planification de la grossesse et la mise au sein précoce en Afrique subsaharienne. En effet, comparativement aux naissances planifiées, celles mal planifiées et non désirées ont respectivement 14,1% (OR=0,859) et 16,5% (OR=0,835) moins de chances d'être allaité dans l'heure suivant l'accouchement.

Ce résultat demeure valable dans l'ensemble des sous régions, toutefois avec une exception en Afrique de l'Ouest, où les naissances non désirées ont les mêmes risques d'initiation précoce à l'allaitement que les naissances planifiées. La différence de risque est plus accrue en Afrique centrale, où les naissances mal planifiées et non désirées ont respectivement 24,7% et 19,7% de chances en moins d'être allaités dans l'heure suivant l'accouchement comparativement aux naissances planifiées. Certains pays se démarquent avec des différences de risques très prononcées autant pour les naissances mal planifiées que celles non désirées. Il s'agit du Mozambique, Zambie, Guinée et Mali. Par ailleurs, la planification de la grossesse n'a pas d'incidence sur la mise au sein précoce en Afrique du Sud, Zimbabwe, Burundi, Kenya, Rwanda, Burkina Faso, Ghana, Niger, Sénégal et Togo. Ces variations reflètent probablement des différences socio-culturelles et d'accès aux services de santé maternelle.

L'accès aux soins postnatals dans les 48 heures post-accouchement est fortement influencé par la planification de la grossesse en Afrique subsaharienne. Les naissances mal planifiées et non désirées ont respectivement 3,9 % (OR=0,961) et 11,3 % (OR=0,887) moins de chances de bénéficier de soins postnatals dans les deux jours suivants l'accouchement comparativement aux naissances planifiées. Des disparités régionales subsistent cependant. En effet, ce résultat est surtout valable en Afrique centrale, où les naissances mal planifiées et non désirées ont respectivement 16,1% et 18,4 % moins de chances de bénéficier de soins postnatals dans les deux jours suivants l'accouchement comparativement aux naissances planifiées. En Afrique australe et de l'Ouest, l'influence de la planification de la grossesse s'est révélée non significative tandis qu'en Afrique de l'Est les naissances mal planifiées ont paradoxalement 1,7 fois plus de chances de bénéficier d'un suivi postnatal pendant les deux premiers jours de vie. Ce résultat paradoxal est constaté dans différents pays (Congo, RDC, Éthiopie, Mali).

3.2.2. Planification de la grossesse, allaitement exclusif et complétude vaccinale

L'allaitement exclusif et la complétude vaccinale sont d'une importance cruciale pour la santé des enfants. Le tableau 5 ci-après montre les résultats des régressions logistiques portant sur les relations entre planification de la grossesse, allaitement exclusif et complétude vaccinale.

Tableau 5 : Résultats des régressions logistiques sur la relation entre la planification de la grossesse, allaitement exclusif et vaccination par pays

Pays /Sous-région	Allaitement exclusif durant les 6 premiers mois		Complétude vaccinale après une année de vie	
	Mal planifiées	Non désirées	Mal planifiées	Non désirées
Afrique australe	1,101ns	1,179ns	1,089ns	0,991ns
Afrique du Sud	1,164ns	0,664ns	1,291*	1,059ns
Angola	0,934ns	2,094**	1,347***	1,081ns
Lesotho	-	1,000	1,735*	1,252ns
Malawi	1,329**	1,465*	1,017ns	0,831*
Mozambique	0,626**	0,527ns	0,765**	0,993ns
Namibie	1,298ns	0,927ns	1,070ns	0,743ns
Zambie	1,127ns	2,835**	0,966ns	1,115ns
Zimbabwe	0,968ns	0,797ns	0,957ns	0,958ns
Afrique centrale	1,266*	1,253ns	0,984ns	0,822*
Burundi	1,620*	1,153ns	1,104ns	1,139ns
Cameroun	1,164ns	1,119ns	0,880ns	0,867ns
Congo	1,544*	1,407ns	1,215*	0,523**
Gabon	0,664ns	1,129ns	0,790**	0,982ns
RDC	1,511***	1,097ns	0,969ns	0,745**
Tchad	-	-	1,291**	0,527**
Afrique de l'Est	1,037ns	0,737**	1,032ns	0,945ns
Comores	1,045ns	0,785ns	0,794ns	0,827ns
Éthiopie	0,864ns	0,256***	1,623***	1,319*
Kenya	0,837ns	1,110ns	0,858**	1,090ns
Madagascar	1,129ns	0,912ns	0,967ns	1,010ns
Ouganda	0,960ns	0,820ns	0,935ns	0,791**
Rwanda	2,115***	0,992ns	0,916ns	0,609**
Tanzanie	0,935ns	0,862ns	1,194**	1,009ns
Afrique de l'Ouest	0,933ns	1,043ns	0,993ns	0,785***
Bénin	1,197ns	1,151ns	0,930ns	0,609***
Burkina Faso	1,050ns	0,397**	0,787*	0,476**
Côte d'Ivoire	0,761ns	1,260ns	0,875ns	0,673*
Gambie	0,558**	0,176***	1,012ns	0,789ns
Ghana	0,851ns	1,279ns	0,997ns	1,052ns
Guinée	0,958ns	0,971ns	0,792ns	1,180ns
Liberia	0,957ns	5,649***	1,143ns	0,749ns
Mali	1,280ns	1,950ns	0,974ns	0,668ns
Niger	0,492**	0,224ns	1,070ns	1,807ns
Nigeria	0,839ns	0,650ns	1,000ns	0,818ns
Sénégal	0,767ns	0,703ns	1,948***	0,415**
Sierra Léone	1,292ns	0,947ns	0,783**	0,883ns
Togo	1,045ns	1,207ns	1,000ns	0,814ns
Afrique subsaharienne	1,041ns	1,018ns	1,022ns	0,889**

Source : Enquêtes démographiques et de santé EDS 2011-2022

Réf. : Modalité de référence

Significativité : *** 1% ; ** 5% ; * 10% ; Ns non significatif

Régressions logistiques contrôlées par la région de résidence, le milieu de résidence, l'occupation, l'exposition aux médias et le niveau d'instruction de la femme, le niveau d'instruction de son conjoint, l'âge de la femme à la naissance de l'enfant, le rang de naissance, l'intervalle avec la naissance précédente, le niveau de vie du ménage.

La pratique de l'allaitement exclusif sur six mois n'est pas influencée par le statut de planification de la grossesse en Afrique subsaharienne. En effet, les naissances mal planifiées et non désirées ont les mêmes chances d'être allaité exclusivement au lait maternel que celles planifiées. Cette absence d'influence est constatée dans toutes les sous régions à l'exception de l'Afrique de l'Est, où les naissances non désirées ont 26,3% moins de chances d'être allaités exclusivement comparativement aux naissances planifiées. Dans la majorité des pays, on note également, une influence non significative de la planification de la grossesse sur l'allaitement maternel exclusif. Les données manquantes au Lesotho et au Tchad sont dues à des valeurs aberrantes.

Les résultats obtenus indiquent une influence mitigée de la planification de la grossesse sur la complétude vaccinale en Afrique subsaharienne. En effet, les naissances non désirées ont 11,1 % moins de chances d'être complètement vaccinées par rapport aux naissances planifiées. Pour les naissances mal planifiées en revanche, la chance d'être complètement vacciné est la même que celle des naissances planifiées. Par sous-région, une absence d'influence est constatée en Afrique australe, centrale et de l'Est. En Afrique de l'Ouest en revanche, les naissances non désirées ont 11,5 % moins de chances d'être complètement vaccinées par rapport aux naissances planifiées. L'analyse par pays indique que la planification de la grossesse n'a pas d'impact sur la complétude vaccinale dans la majorité des pays bien qu'il existe quelques disparités.

Globalement, les naissances mal planifiées et non désirées sont associées à des chances réduites d'initiation précoces à l'allaitement et de recours aux soins postnatals soulignant ainsi, l'importance de renforcer les systèmes de suivi pour ces populations vulnérables. Ces résultats mettent en lumière l'impact persistant des inégalités structurelles d'accès aux soins, nécessitant des interventions adaptées aux contextes locaux. Il ressort également une influence nettement moins prononcée sur la complétude vaccinale et une absence d'influence sur l'allaitement exclusif durant les six premiers mois.

4. Discussion

Cet article s'est fixé pour objectif d'évaluer l'impact de la planification de la grossesse sur la prise en charge sanitaire des enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne. La prise en charge sanitaire a été appréhendée à travers quatre indicateurs : l'initiation précoce à l'allaitement, le recours aux soins postnatals, l'allaitement exclusif et la complétude vaccinale. Des analyses bivariées et multivariées ont été menées en ayant recours aux données des enquêtes démographiques et de santé de 34 pays subsahariens.

Des résultats paradoxaux se sont dégagés des analyses bivariées avec une initiation précoce à l'allaitement, un recours aux soins postnatals, un allaitement exclusif et une complétude vaccinale plus fréquents chez les naissances mal planifiées ou non désirées comparativement aux naissances planifiées. Les analyses explicatives ont permis de déduire qu'il s'agissait d'associations fallacieuses.

Les résultats explicatifs ont montré l'existence d'une association entre la planification de la grossesse et la mise au sein précoce en Afrique subsaharienne. En effet, comparativement aux naissances planifiées, celles mal planifiées et non désirées ont respectivement 14,1% (OR=0,859) et 16,5% (OR=0,835) moins de chances d'être allaité dans l'heure suivant l'accouchement. Ce résultat va dans le même sens que ceux obtenus par Joyce et al., (2000) aux États-Unis indiquant que la grossesse non désirée est associée à la non pratique de l'allaitement. Dans l'Oklahoma, Lindberg et al., (2015) parviennent à des résultats similaires selon lesquels l'allaitement maternel était significativement moins probable parmi les naissances non désirées (OR = 0,68) ; Dans le même sens, Kost et al., (1998b) et Kost & Lindberg, (2015) ont montré qu'une grossesse non désirée réduit les chances d'allaiter même si une grossesse inopportune n'a aucun effet significatif sur cette variable. Aux Philippines également, les enfants nés de grossesses inopportunes sont plus susceptibles d'avoir une initiation tardive à l'allaitement que les enfants nés de grossesses désirées (OR = 1,44 ; IC à 90 % : 1,17-1,78), tandis que les enfants nés de grossesses non désirées sont plus susceptibles d'avoir une courte durée d'allaitement (OR = 0,60 ; IC à 90 % : 0,48-0,76) (Ulep & Borja, 2012). Ce résultat a également été observé dans le district de Sohag en Égypte, où les grossesses inopportunes et non désirées étaient significativement associées à l'absence d'allaitement (Mohamed et al., 2019). Les résultats obtenus confirment l'hypothèse H1.

L'accès aux soins postnatals dans les 48 heures post-accouchement est également influencé par la planification de la grossesse en Afrique subsaharienne. Les naissances mal planifiées et non désirées ont respectivement 3,9% et 11,3 % moins de chances de bénéficier de soins postnatals dans les deux

jours suivants l'accouchement comparativement aux naissances planifiées. Bien que très peu d'études aient évalué cette relation, il faut noter que ces résultats contrastent avec ceux de Kost et al., (1998b) qui montrent que les grossesses non désirées ou inopportunes n'ont pas d'effet indépendant sur le recours aux soins de santé avant l'âge de trois mois aux Etats-Unis. Ces résultats confirment l'hypothèse H2.

La pratique de l'allaitement exclusif sur six mois n'est pas influencée par le statut de planification de la grossesse en Afrique subsaharienne. En effet, les naissances mal planifiées et non désirées ont les mêmes chances d'être allaité exclusivement au lait maternel que celles planifiées. Ce résultat contraste avec ceux de certaines études antérieures dont celle menée dans l'Oklahoma qui montre que l'allaitement maternel pendant au moins six mois était significativement moins probable parmi les naissances très inopportunes (OR = 0,70), (Lindberg et al., 2015). D. Cheng et al. (2009) ont également mis en évidence le fait que les femmes ayant des grossesses non désirées soient moins susceptibles d'allaiter pendant 8 semaines ou plus (OR 0,74, IC à 95 % 0,57-0,97), comparativement aux femmes ayant des grossesses planifiées. L'hypothèse H3 est ainsi vérifiée au vu des résultats obtenus.

Les résultats obtenus indiquent une influence mitigée de la planification de la grossesse sur la complétude vaccinale en Afrique subsaharienne. Les naissances non désirées ont 11,1 % moins de chances d'être complètement vaccinées par rapport aux naissances planifiées ce qui n'est pas le cas pour les naissances mal planifiées. La différence significative pour les naissances mal planifiées va dans le même sens que les résultats observés dans le contexte asiatique notamment. En Inde, les enfants non désirés et ceux dont les naissances sont inopportunes sont plus susceptibles de ne pas recevoir tous les vaccins recommandés que les enfants désirés, (OR = 2,2 et 1,4 respectivement), (Singh et al., 2012). En milieu rural indien, les naissances non désirées étaient 1,38 fois (IC à 95 % : 1,01–1,87) plus susceptibles que les naissances désirées de recevoir des vaccinations infantiles inadéquates, (Singh et al., 2013). Au Népal également les nouveau-nés issus de grossesses non désirées étaient plus susceptibles de recevoir une immunisation inadéquate (OR = 1,18 ; IC à 95 % = 1,00-1,40), (Singh et al., 2015). En outre, le fait que les naissances mal planifiées aient les chances d'allaitement exclusif que celles planifiées en Afrique subsaharienne confirme les résultats mitigés dans d'autres contextes. Par exemple, au Pérou, la vaccination de l'enfant est significativement influencée par la planification de la grossesse cependant en Bolivie, en Égypte, au Kenya et aux Philippines, aucun effet n'a été constaté, (Marston & Cleland, 2003). Dans l'ensemble des pays à revenu faible et intermédiaire également, Hajizadeh & Nghiem (2020) n'ont trouvé aucun impact significatif des grossesses non désirées sur la vaccination des enfants. Au vu des résultats obtenus, l'hypothèse H4 est partiellement vérifiée avec une différence significative pour les naissances non désirées et non significative pour les naissances mal planifiées.

En somme, cette étude met en lumière un effet régressif de la planification de la grossesse sur les indicateurs de prise en charge sanitaire des enfants de moins de cinq (5) ans en Afrique subsaharienne. Les pratiques de santé qui surviennent immédiatement après l'accouchement (initiation à l'allaitement et soins postnatals) sont fortement impactées, tandis que celles qui surviennent plus tardivement (allaitement exclusif pendant 6 mois, complétude vaccinale) le sont moins. Ce résultat peut être mis en relation avec les normes culturelles qui régissent les sociétés africaines ainsi que les liens affectifs qui se développent entre les parents et leurs enfants.

Le lien entre ces résultats et les normes culturelles africaines s'explique par la manière dont les représentations sociales et les valeurs traditionnelles influencent les comportements sanitaires. Dans de nombreuses sociétés subsahariennes, l'enfant est perçu comme un « don divin » ou une bénédiction, une conception qui s'inscrit dans des systèmes de croyances religieuses ou ancestrales. Cette vision sacralisée de la maternité et de la naissance peut générer une certaine motivation à une prise en charge adéquate même quand la grossesse n'est pas planifiée ou désirée. Cela s'aligne avec le devoir culturel de protéger la vie offerte. En outre, les rituels postnataux (comme les cérémonies de baptême)

renforcent l'intégration de l'enfant dans la communauté, ce qui peut favoriser l'adhésion aux suivis médicaux ultérieurs.

Aussi, une fois l'enfant né, les liens affectifs et sociaux se renforcent progressivement. Cette idée s'ancre dans les dynamiques culturelles, psychosociales et émotionnelles des sociétés subsahariennes. L'attachement parental est rarement un phénomène instantané ou purement biologique. Il se construit dans l'interaction quotidienne conformément aux travaux sur la résilience maternelle, (Masten, 2014) et l'attachement, (Bowlby, 1979). Cet attachement parental, encouragé par des normes communautaires valorisant la famille élargie et la solidarité intergénérationnelle, motive d'avantage l'investissement dans des soins différés comme la vaccination ou l'allaitement prolongé.

Ces résultats soulignent la nécessité d'adapter les politiques de santé maternelle et infantile aux réalités socioculturelles, en intégrant les représentations locales de la parentalité et du cycle de vie pour renforcer l'efficacité des interventions sanitaires.

Par ailleurs, cette étude comporte certaines limites qu'il convient de relever. En effet, les données d'EDS présentent des limites inhérentes à toute enquête rétrospective, transversale et à passage unique, notamment les biais de sélection et d'omissions. A ce titre, la variable indépendante principale (planification de la grossesse) comporte des limites inhérentes à son caractère rétrospectif. La déclaration d'une grossesse non désirée fait l'objet de critiques car elle est déclarée par les mères après la naissance des enfants et peut donc être sujette à un biais de rappel. Aussi, nous avons inclus des enquêtes qui ont été menées à des moments différents (entre 2011 et 2022).

5. Conclusion

Cette analyse révèle des disparités persistantes dans les indicateurs de santé infantile en fonction de la planification des grossesses en Afrique subsaharienne en matière d'initiation à l'allaitement et des soins postnatals. Les naissances mal planifiées et non désirées sont associées à des résultats moins favorables. Les variations régionales et nationales soulignent l'importance de facteurs contextuels tels que les politiques sanitaires, les normes culturelles et l'accès aux services. En ce qui concerne, l'allaitement exclusif et la complétude vaccinale qui surviennent plus tard dans la vie des enfants, un impact de la planification de la grossesse y est peu perceptible.

Ces résultats confirment la thèse d'un amenuisement des conséquences des grossesses mal planifiées et non désirées avec le temps. Dans le contexte subsaharien cela peut être mis en relation avec les valeurs culturelles, mais également les liens affectifs qui naissent et se développent entre les parents et leurs enfants.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour identifier les mécanismes sous-jacents tandis que les décideurs devraient prioriser des interventions ciblées pour les populations vulnérables, notamment les femmes ayant des grossesses mal planifiées ou non désirées.

Conflit of Intérêts

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

Disponibilité des données

L'ensemble des données étayant les conclusions de cet article est disponible à la demande sur le site du programme des enquêtes démographiques et de santé <https://dhsprogram.com/data/available-datasets.cfm>.

Déclaration de financement

Cet article est réalisé dans le cadre d'une recherche doctorale financée par le Projet d'harmonisation et d'amélioration des statistiques en Afrique de l'Ouest (PHASAO).

Références

- Bos, E., Batson, A. (2000). Using immunization coverage rates for monitoring health sector performance. *Washington, DC: The World Bank*, 5.
<https://documents1.worldbank.org/curated/pt/607721468763783070/pdf/288630Bos010Using0Immunization1whole.pdf>
- Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and brain sciences*, 2(4), 637-638. <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioral-and-brain-sciences/article/bowlbyainsworth-attachment-theory/6D35C7A344107195D97FD7ADAE06C807>
- Brown, S. S., Eisenberg, L. (1995). *The best intentions : Unintended pregnancy and the well-being of children and families* (Institutte of medicine). National Academies Press.
- Cheng, D., Schwarz, E. B., Douglas, E., Horon, I. (2009). Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*, 79(3), 194-198. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19185672/>
- Chinebuah, B., Pérez-Escamilla, R. (2001). Unplanned pregnancies are associated with less likelihood of prolonged breast-feeding among primiparous women in Ghana. *The Journal of nutrition*, 131(4), 1247-1249. <https://doi.org/10.1093/jn/131.4.1247>
- Hajizadeh, M., Nghiem, S. (2020). Does unwanted pregnancy lead to adverse health and healthcare utilization for mother and child? Evidence from low- and middle-income countries. *International Journal of Public Health*, 65(4), 457-468. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01358-7>
- Idang, G. E. (2015). African culture and values. *Phronimon*, 16(2), 97-111. http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-40182015000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Joyce, T. J., Kaestner, R., Korenman, S. (2000). The effect of pregnancy intention on child development. *Demography*, 37(1), 83-94. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10748991/>
- Kanu, M. A. (2010). The indispensability of the basic social values in African tradition: A philosophical appraisal. *OGIRISI: a New Journal of African Studies*, 7, 149-161. <https://doi.org/10.4314/og.v7i1.57930>
- Khan, J., Vesel, L., Bahl, R., Martines, J. C. (2015). Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life : Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 19(3), 468-479. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1526-8>
- Kost, K., Landry, D. J., Darroch, J. E. (1998). The effects of pregnancy planning status on birth outcomes and infant care. *Family Planning Perspectives*, 30(5), 223-230. <https://doi.org/10.2307/2991608>
- Kost, K., Lindberg, L. (2015). Pregnancy intentions, maternal behaviors, and infant health : Investigating relationships with new measures and propensity score analysis. *Demography*, 52(1), 83-111. <https://doi.org/10.1007/s13524-014-0359-9>
- Lindberg, L., Maddow-Zimet, I., Kost, K., Lincoln, A. (2015). Pregnancy intentions and maternal and child health : An analysis of longitudinal data in Oklahoma. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), 1087-1096. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1609-6>
- Marston, C., Cleland, J. (2003). Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child? An assessment in five developing countries. *Population studies*, 57(1), 77-93. <https://doi.org/10.1080/0032472032000061749>

- Masten, A. S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, 85(1), 6-20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>
- Mohamed, E. A.-E. B., Hamed, A. F., Yousef, F., Ahmed, E. A. (2019). Prevalence, determinants, and outcomes of unintended pregnancy in Sohag district, Egypt. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 94(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0014-9>
- Oddy, W. H. (2013). Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. *Jornal de Pediatria*, 89, 109-111. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.012>
- Singh, A., Chalasani, S., Koenig, M. A., Mahapatra, B. (2012). The consequences of unintended births for maternal and child health in India. *Population studies*, 66(3), 223-239. <https://doi.org/10.1080/00324728.2012.697568>
- Singh, A., Singh, A., Mahapatra, B. (2013). The consequences of unintended pregnancy for maternal and child health in rural India : Evidence from prospective data. *Maternal and child health journal*, 17(3), 493-500. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1023-x>
- Singh, A., Singh, A., Thapa, S. (2015). Adverse consequences of unintended pregnancy for maternal and child health in Nepal. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP1481-NP1491. <https://doi.org/10.1177/1010539513498769>
- Ulep, V. G. T., Borja, M. P. (2012). Association between pregnancy intention and optimal breastfeeding practices in the Philippines: A cross-sectional study1. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-69>
- UNICEF, OMS. (2018). Saisir le moment – La mise au sein précoce : le meilleur point de départ pour chaque nouveau-né. New York, UNICEF. https://www.unicef.org/media/47726/file/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018_FR.pdf
- WHO (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>

© 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, 20 March 2025
Accepted, 20 July 2025
Published, 30 July 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Tia Y. F, et al. (2025). *Anthropologie de l'organisation sociale des fumoirs de drogues dans les villes d'Abidjan et de Yamoussoukro (Côte D'Ivoire)*. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 35-46. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.3>

Research

Anthropologie de l'organisation sociale des fumoirs de drogues dans les villes d'Abidjan et de Yamoussoukro (Côte D'Ivoire)

Anthropology of the social organization of drug dens in the cities of Abidjan and Yamoussoukro (Ivory Coast)

Félicien Yomi TIA^{1,2,3*}, Yao Olivier KOFFI^{1,3}, Aminata TRAORE⁴ et Désiré Déjourneux ADOU³

¹Institut Des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD), Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan, Côte d'Ivoire (Email: tiafelicien@yahoo.fr)

²Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions (PNLTA) Côte d'Ivoire

³Association communautaire Paroles Autour de la Santé Côte d'Ivoire (PAS-CI).

⁴Association de Soutien à l'Autopromotion Sanitaire Urbaine-section Yamoussoukro (ASAPSU)

* **Correspondance:** email: tiafelicien@yahoo.fr ; Tel: +225-0758-7533-36 ;

Résumé

La crise sociopolitique qu'a traversée la Côte d'Ivoire, culminant par le conflit armé de 2010-2011, a favorisé l'intensification du trafic et de la consommation de drogues, notamment dans des espaces appelés "fumoirs de drogues". Cette étude ethnographique, réalisée entre mars et juillet 2021, vise à analyser l'organisation sociale de ces fumoirs à Abidjan et à Yamoussoukro. Elle a impliqué une immersion dans 19 fumoirs, dont 13 à Abidjan et 6 à Yamoussoukro. Les données ont été recueillies à travers des observations directes et des entretiens semi-directifs auprès de 95 personnes impliquées dans le trafic et la consommation de drogues. Les résultats montrent que les fumoirs de drogues constituent des microsociétés structurées, organisées autour d'un système hiérarchisé aussi bien en interne qu'en externe, avec des différences subtiles entre Abidjan et Yamoussoukro. Chaque fumoir est dirigé par un chef, appelé le "Babatchè", assisté d'une équipe comprenant les vigiles (guetteurs), le banqueteur (filtreur), le Kamoracien (vendeur), le Bôrôtigui (gestionnaire de stock), le Zébier (logisticien), le receleur, les Bana-bana, le "chien" (gardien de sécurité) et les usagers, appelés "Djonki" ou "djôlô". Cette organisation rigide et bien définie permet aux fumoirs de s'installer de façon progressive, de fonctionner en toute discrétion, échappant ainsi à la vigilance des forces de répression et à l'hostilité des communautés locales.

Mots clés : Organisation sociale, Fumoir, Drogue, Abidjan, Yamoussoukro

Abstract

The sociopolitical crisis that Côte d'Ivoire went through, culminating in the armed conflict of 2010-2011, facilitated the intensification of drug trafficking and consumption, particularly in spaces known as "drug dens." This ethnographic study, conducted between March and July 2021, aims to analyse the social organisation of these drug dens in Abidjan and Yamoussoukro.

It involved immersion in 19 drug dens, including 13 in Abidjan and 6 in Yamoussoukro. Data was collected through direct observations and semi-structured interviews with 95 individuals involved in drug trafficking and consumption. The results show that drug dens constitute structured micro-societies, organized around a hierarchical system both internally and externally, with subtle differences between Abidjan and Yamoussoukro. Each drug den is led by a chief, called the "Babatchè," assisted by a team comprising guards (lookouts), the "banqueteur" (filter), the "Kamoracien" (seller), the "Bôrôtigui" (stock manager), the "Zébier" (logistician), the receiver, the "Bana-bana", the "chien" (security guard), and the users, referred to as "Djonki" or "djôlô." This rigid and well-defined organization enables drug dens to establish themselves gradually, operate discreetly, and thus evade the vigilance of law enforcement and the hostility of local communities.

Keywords: Social organisation, Drug den, Drug, Abidjan, Yamoussoukro

1. Introduction

En Côte d'Ivoire, le commerce de drogues illicites se distingue par la prolifération de fumoirs dans divers quartiers et espaces publics, notamment dans les grandes villes comme Abidjan, Yamoussoukro, Bouaké et Daloa (Comité Interministériel de Lutte Antidrogue ; CILAD, 2021). Ce phénomène a connu une intensification notable à partir de la crise sociopolitique de 2002, qui a mené à la crise post-électorale de 2010. En effet, la gestion des zones sous contrôle de la rébellion, notamment par les commandants de zones (COMZONES), a facilité le trafic de drogues à travers le pays. Même après la réunification du pays suite aux élections de 2010, ce trafic s'est renforcé, impliquant certains ex-combattants et contribuant à l'instauration d'une culture de délinquance au sein d'une jeunesse désœuvrée et vulnérable (CILAD, 2021).

Les fumoirs de drogues, espaces aménagés spécifiquement pour la consommation et le commerce de substances illicites (Ricard et Grodji, 2021 ; Tia, 2019 ; Traoré, 2016), sont devenus des institutions sociales dans certains quartiers populaires. Ces espaces, en constante expansion, illustrent l'ampleur du phénomène. Malgré la mise en place de législations telles que la loi n° 88-686 du 22 juillet 1988 contre le trafic de drogues, ainsi que la création du CILAD et d'autres structures répressives (PNLTA, 2015b), la lutte contre ce trafic reste un défi majeur. Le renforcement de l'infrastructure répressive, comprenant la Police des Stupéfiants et des Drogues, la gendarmerie, les Douanes, et les Eaux et Forêts, n'a pas permis d'éradiquer ce problème.

Dans un contexte marqué par les nouvelles technologies, qui façonnent l'image d'un monde de plus en plus accessible, les comportements humains ont évolué, et l'univers des drogues n'échappe pas à cette dynamique. L'accessibilité croissante des drogues, notamment dans les fumoirs, a particulièrement affecté les jeunes. Ce phénomène s'inscrit dans une tendance mondiale où la demande et l'offre de drogues connaissent une expansion continue (ONUDD, 2023).

Les études menées par Médecins du Monde (2014) et le Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres addictions (PNLTA, 2019) auprès des consommateurs de drogues injectables, révèlent l'ampleur de la consommation de drogues, estimant à 6 000 le nombre d'Usagers de Drogues (UD) précaires et plus de 60 fumoirs à Abidjan, 732 UD et plus de 40 fumoirs à Yamoussoukro. Ces études ont aussi relevé de fortes prévalences de VIH (9.8% à Abidjan et 2.9% à Yamoussoukro). Ce phénomène ne se limite

pas à un simple défi sanitaire ; il renforce également une économie rentière où les élites politiques, en compétition pour la répartition de la rente, négligent des politiques économiques durables (Julien, 2011). Par conséquent, les trafiquants, par la promesse de richesses rapides, trouvent peu de difficultés à attirer des individus désireux de s'engager dans cette activité, créant ainsi de nouvelles formes de solidarité et d'identification pour une jeunesse en quête de perspectives économiques (Dago, 2022).

Face à l'expansion des fumoirs et à la montée de la criminalité, la Direction Générale de la Police Nationale a lancé l'Opération « Épervier », visant à démanteler ces espaces de consommation et de trafic. Cependant, malgré la destruction de centaines de fumoirs entre 2014 et 2021 (CILAD, 2014-2021), ces activités continuent de prospérer, s'adaptant aux mesures répressives. Cette résilience soulève des interrogations sur l'organisation sociale de ces fumoirs et leur capacité à maintenir leur existence dans un contexte répressif. Dès lors on se demande : Comment les fumoirs de drogues parviennent-ils à implanter, à fonctionner et à perdurer dans les villes Abidjan et de Yamoussoukro, en dépit des dispositifs répressifs de l'État et l'illégalité de leurs activités ?

Ainsi, comprendre comment les fumoirs parviennent à s'installer et à fonctionner, malgré l'hostilité de l'État, est essentiel pour saisir les dynamiques sociales qui les sous-tendent. Cet article s'efforcera donc de décrire, d'un point de vue anthropologique, l'organisation sociale des fumoirs de drogues dans les villes d'Abidjan et de Yamoussoukro, en se concentrant sur les stratégies d'installation, le fonctionnement interne et externe de ces espaces, ainsi que sur les dynamiques de groupe qui en découlent. L'objectif est d'offrir une analyse cohérente et pertinente de ce phénomène, qui dépasse les simples questions de répression pour s'intéresser aux processus sociaux complexes à l'œuvre.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Sites et participants à l'étude

L'étude a été conduite de mars à juillet 2021 dans 19 fumoirs de drogues, répartis entre Abidjan (13 fumoirs) et Yamoussoukro (6 fumoirs). Le choix de ces deux villes repose sur leur forte concentration en lieux de consommation de drogues, telle que documentée par Médecins du Monde (2014) et le PNLTA, (2019). Abidjan, capitale économique, et Yamoussoukro, capitale politique, présentent en effet des dynamiques différentes mais complémentaires en matière de scènes de consommation. Le contact initial avec les acteurs de ces espaces a été établi grâce à l'approche par échantillonnage en réseau, une méthode particulièrement adaptée aux terrains sensibles et difficiles d'accès. Cette première mise en relation a été facilitée par un ancien dealer de Yamoussoukro, proche d'un membre de notre équipe résidant dans la ville et disposant encore d'un fort ancrage dans les réseaux locaux du trafic de drogues, tant à Yamoussoukro qu'à Abidjan. Par la suite, la constitution de l'échantillon a été guidée par une structuration en pelotons, selon une logique de stratification sociale interne aux fumoirs. Cette approche s'appuie sur les recommandations méthodologiques de Fortin et Gagnon (2016) ainsi que d'Olivier de Sardan (2008), qui soulignent l'importance, dans les enquêtes qualitatives menées en milieux sociaux complexes et marginalisés, d'organiser l'échantillon en fonction des rôles sociaux occupés par les acteurs afin de rendre compte des hiérarchies, des interactions et des logiques propres à ces espaces. Ainsi, l'échantillon final a été composé de manière à garantir une représentation équilibrée des différentes catégories d'acteurs présents dans les fumoirs (4

dealers, 5 anciens dealers, 20 adjoints, 30 associés, et 40 usagers de drogues). Cette diversité de profils a permis de recueillir des données riches et complémentaires sur le fonctionnement interne des fumoirs, leur organisation sociale, ainsi que sur les trajectoires individuelles des acteurs qui les fréquentent ou les gèrent.

2.2. Outils et techniques de collecte de données

Les données ont été collectées via des observations directes et des entretiens semi-directifs enregistrés, avec le consentement des participants et en garantissant leur anonymat. Des grilles d'observation et un guide d'entretien ont été utilisés pour recueillir des informations à l'intérieur et à l'extérieur des fumoirs.

2.3. Méthode d'analyse des données

Les transcriptions des entretiens ont été analysées selon l'analyse de contenu thématique (Saraiva, 2014 ; Yoro, 2012). Après une première lecture des verbatim, les unités de sens ont été extraites, codées, puis regroupées sous des thèmes correspondant aux questions centrales des entretiens, permettant ainsi de structurer et d'analyser les données de manière cohérente.

3. Résultats

L'analyse des données recueillies à Abidjan et à Yamoussoukro a permis d'identifier les principales stratégies d'installation et de fonctionnement des fumoirs de drogues.

3.1. Stratégie d'installation des fumoirs de drogues

Les dealers de drogues adoptent plusieurs stratégies pour s'implanter discrètement et échapper à la vigilance des forces de répression et de la population locale. À Abidjan, les fumoirs sont souvent installés dans des quartiers précaires, des bidonvilles, des maisons inachevées, des ravins ou sous les ponts, des endroits moins surveillés par les autorités.

« Tu sais mouvement¹ que nous faisons est très risqué, alors pour ne pas que les gens prennent drap², on est obligé de choisir les coins choyés³ ou encore les endroits où les môgô⁴ n'auront pas leurs yeux sur nous. » (Abidjan le 22 mai 2021)

À Yamoussoukro, les fumoirs se trouvent dans des zones périphériques comme les cimetières, les forêts éloignées ou les terrains publics non exploités, souvent hors de la vue des habitants.

« Ici à Yakro, tu sais que c'est le village de DJAA HOUPHOUET, donc c'est un peu compliqué de faire le baara⁵ tranquillement. Donc, nous a décidé de nous crangba⁶ dans les champs de tec, dans la brousse loin des koumanchaman⁷ ou au cimetière au calme pour ne pas avoir yeux sur nous. » (Yamoussoukro le 13 mars 2021)

1.2. Manœuvres des propriétaires de fumoirs

Une fois installés, les propriétaires des fumoirs mettent en œuvre des stratégies pour gagner la sympathie de la population locale et assurer la pérennité de leur activité. À Abidjan, certains font des dons en nature (riz, moutons, sucre, etc.) lors des fêtes, paient la scolarité des enfants ou participent à des événements communautaires comme les mariages et les funérailles.

« Tu sais, pour avoir la confiance des môgô qui sont dans les endroits où nous faisons notre mouvement, il faut travailler sur leur esprit, donc souvent, on est obligé de faroter sur eux. Par exemple, on fait les cadeaux de riz, parrainer des anniversaires, ceux qui ont leur ordonnance

¹ Ici le mouvement fait référence au travail, au boulot

² Ce mot est utilisé dans le nouchi « langage ivoirien » pour désigner faire référence au verbe SAVOIR

³ Pour désigner un endroit insalubre

⁴ Ce mot fait référence au « personne »

⁵ Ce mot fait référence au mot travail

⁶ Ce mot traduit le verbe s'asseoir ou s'installer

⁷ Ce mot signifie bruit

médicale, on gère. Souvent même on scolarise certains élèves, on fait des dons lors des cérémonies funéraires. » (Abidjan, le 12 Juin 2021)

À Yamoussoukro, les propriétaires de fumoirs louent des terrains ou organisent des rituels communautaires tels que l'immolation d'animaux et la distribution gratuite de nourriture lors des jours dédiés appelés « les vendredis des Djôlô⁸ ».

« Tu vois, chaque semaine, il y a ce qu'on appelle les vendredis des djôlô. Le babachè peut tuer un bœuf ou deux moutons, pour faire le chic grayaly⁹ pour nous donner. Tout le monde mange à sa faim. » (Yamoussoukro, le 10 avril 2021)

Ces gestes renforcent les liens entre les propriétaires de fumoirs, les UD et les riverains, consolidant ainsi l'implantation des fumoirs dans ces zones.

2. Organisation des fumoirs de drogues

Les fumoirs de drogues, tant à Abidjan qu'à Yamoussoukro, fonctionnent selon une organisation hiérarchisée et une structure sociale bien définie. Cette organisation se divise en deux niveaux : interne et externe. À l'intérieur du fumoir, les rôles sont clairement définis. Les dealers sont responsables de la gestion du trafic et des opérations, tandis que les adjoints et associés supervisent la sécurité et la distribution des drogues. À l'extérieur, les propriétaires et leurs collaborateurs interagissent avec la communauté, entretenant des relations avec les riverains pour maintenir leur activité et dissuader toute opposition. Cette organisation structurée garantit le bon fonctionnement des fumoirs, leur sécurité et leur pérennité, malgré les efforts répressifs des autorités. Les stratégies de dissimulation et de gestion des relations sociales rendent l'application des politiques de répression particulièrement complexe.

2.1. Fonctionnement externe des fumoirs de drogues

Le fonctionnement externe des fumoirs de drogues repose sur une série d'acteurs bien définis, notamment les vigiles (ou guetteurs), les banqueteurs et les Kamoraciens (revendeurs ambulants). Chaque rôle est stratégiquement organisé pour assurer la sécurité et l'efficacité de l'activité.

2.1.1. Les guetteurs ou vigiles

Les vigiles jouent un rôle central dans la sécurité des fumoirs. À Abidjan, le nombre de vigiles varie entre cinq et huit, tandis qu'à Yamoussoukro, il est réduit à deux ou quatre. Les vigiles surveillent les alentours du fumoir en identifiant les menaces potentielles (forces de l'ordre, conflits territoriaux). Ils sont divisés en deux catégories : ceux postés directement à l'entrée pour assurer la sécurité interne et ceux, dits "déguisés", qui opèrent dans les périphéries, souvent sous des couvertures d'activités anodines comme la vente de friperie, de l'eau, de fruits ou encore la gestion de cabines téléphoniques.

« Pour sécuriser mon mouvement, je plaçais des jeunes dans les coins-coins de mon ghetto, ils faisaient des activités qui n'avaient rien à voir avec mon mouvement... Certains étaient des djassamen¹⁰, d'autres des gérants de cabine téléphonique. Ce sont eux qui informaient régulièrement mes petits au ghetto. » » (Abidjan, le 17 Juillet 2021)

À Yamoussoukro, certains vigiles se dissimulent dans la broussaille ou se font passer pour des mendiants, alimentés par les propriétaires de fumoirs.

⁸ Le Djôlô c'est l'utilisateur de drogue

⁹ Ce mot signifie la nourriture

¹⁰ Vendeur de friperie

« Tu vois le mendiant qui est assis au carrefour là-bas ? C'est un vigile, il travaille pour notre babatchè, il a un téléphone qui est toujours alimenté par le Babatchè. Dès qu'il voit les gomons¹¹, il appelle au ghetto et on gagne temps¹². » (Yamoussoukro, le 24 avril 2021)

Ainsi, ces vigiles sont essentiels pour alerter la communauté en cas d'attaque, faisant office de système d'alerte précoce.

2.1.2. Les banqueteurs

Les banqueteurs, généralement placés à l'entrée des fumoirs, filtrent les entrées et sorties. À Abidjan, leur rôle est principalement statique, mais à Yamoussoukro, certains sont cachés dans la broussaille à proximité. Leur fonction est de repérer les personnes suspectes et de garantir que seules les personnes autorisées accèdent au fumoir. Leur présence à l'entrée renforce la sécurité et contribue à la gestion du flux de personnes, complétant ainsi le rôle des vigiles.

2.1.3. Les Kamoraciens

Les Kamoraciens ou revendeurs ambulants de drogues, agissent comme des livreurs. Ils se déplacent sur motos pour distribuer la drogue à des clients en dehors des fumoirs, ce qui leur permet de générer un revenu allant de 20000 à 30000 francs par jour. Ils sont particulièrement actifs auprès des travailleurs ou des professionnels, comme les chauffeurs ou les artistes.

« Ici à Yakro, ceux qui sont dans la Kamora¹³ ont des motos pour livrer rapidement la dose à leurs clients. c'est les bons petits du Babatchè, leur baara leur apporte beaucoup d'argent wallaye. » (Yamoussoukro, le 27 Mars 2021)

À Abidjan, les Kamoraciens desservent principalement des clients comme les cadres supérieurs, souvent véhiculés et bien habillés. Cela montre que le réseau de distribution est structuré et adapté à différents segments de clientèle, renforçant ainsi l'efficacité du système.

« À Babi¹⁴, tous les Kamoraciens ont des motos ou voiture, ici par exemple, il y a deux à trois qui sont véhiculés. Eux, ils livrent spécialement les clients qui sont au Plateau. » (Abidjan, le 19 Juin 2021)

En somme, les Kamoraciens sont des acteurs clés du commerce de drogues, contribuant à l'expansion de l'activité en dehors des zones de consommation directe.

2.2. Fonctionnement interne du fumoir

Les fumoirs fonctionnent selon une hiérarchie structurée et solidaire. À Abidjan comme à Yamoussoukro, chaque fumoir est dirigé par un chef, le Babatchè, assisté par une équipe de collaborateurs clés : le Kamoracien, le Bôrôtigui, le Zébiér, le receleur, les Bana-bana, le chien et les UD.

2.2.1. Le babatchè

Le Babatchè est le chef suprême et propriétaire du fumoir. Son influence dépasse souvent le cadre local, avec des ramifications nationales et internationales. Il est rarement présent, se rendant occasionnellement sur place pour récupérer la recette, superviser l'approvisionnement et gérer les stocks. Son anonymat est préservé et son identité réelle rarement connue. Il est le point focal des narcotrafiquants et assure l'approvisionnement du fumoir en drogues. Il redistribue une partie des gains pour des actions de solidarité : soins médicaux aux usagers en détresse, paiement de médicaments ou de cautions en cas d'arrestation.

« Le Babatchè, c'est notre papa, notre dieu, notre tout. Il nous soigne, nous nourrit, et quand les policiers nous arrêtent, il nous fait libérer. » (Abidjan, le 17 Juillet 2021)

¹¹ Ce mot désigne les forces de l'ordre

¹² Ce groupe de mots fait référence au verbe fuir

¹³ Ce mot signifie être dans la vente ou le commerce de drogue

¹⁴ Ce mot désigne dans le lexique local ivoirien la ville d'Abidjan

Son autorité est absolue : il peut exclure un usager ou ordonner des sanctions sévères en cas de vol ou de non-respect des règles.

« Quand le Babatchè parle, personne ne conteste. Il a le premier et le dernier mot. »
(Yamoussoukro, le 27 Mars 2021)

La répartition des nationalités varie selon les localités : à Abidjan, la majorité des Babatchès sont étrangers (Nigériens, Ghanéens, Libanais), tandis qu'à Yamoussoukro, ils sont majoritairement ivoiriens, souvent d'anciens Kamoraciens ayant acquis leur autonomie après avoir travaillé dans des fumoirs d'Abidjan.

« À Abidjan, les vrais Babatchès sont des étrangers, mais ils restent en retrait et délèguent la gestion quotidienne à des Ivoiriens. Ils interviennent uniquement en cas de problème majeur. »
(Abidjan, le 19 Juin 2021)

Ce modèle d'expansion favorise un maillage territorial, où les anciens Babatchès restent les principaux fournisseurs de ceux qui s'installent dans d'autres villes.

« J'étais Kamoracien à Abobo, puis mon Babatchè m'a financé pour m'installer à Yamoussoukro. Aujourd'hui, je me ravitaille encore chez lui. » (Yamoussoukro, le 20 Mars 2021)

2.2.2. Les Kamoraciens

Les Kamoraciens sont des hommes de confiance du Babatchè, souvent issus de son entourage proche (frère, cousin, « bon petit¹⁵ »). Ils assurent la vente des drogues et gèrent la recette journalière. Trois types de Kamoraciens existent : Les vendeurs de drogues dures : héroïne (Pao), cocaïne (Yô, Cailloux), les vendeurs de cannabis : Boca, Gban, Eska, Over, etc. et les vendeurs de drogues de synthèse : Tramadol (Tremou-Tremou, Béret Rouge), Rivotril (Bleu-Bleu, 24h, Sagaada).

Leur rémunération quotidienne varie entre 20 000 et 30 000 F CFA, avec des primes en fonction des ventes. Ils n'ont pas le droit d'accorder de crédit aux usagers, sous peine de sanctions.

« Dans notre boulot, on ne fait pas crédit. Si le Babatchè l'apprend, c'est fini pour toi. »
(Abidjan, le 17 Juillet 2021)

2.2.3. Le Bôrôtigui¹⁶

Le Bôrôtigui est le gestionnaire du stock de drogues dans le fumoir. Il s'assure du ravitaillement des Kamoraciens après décompte des quantités livrées. Dans certains petits fumoirs, cette fonction est cumulée par le Kamoracien lui-même.

2.2.4. Le Zépier

Le Zépier est responsable de la fabrication et de la gestion des pipes (zep) utilisées pour fumer le crack. Ces pipes, faites d'anciennes antennes de voitures, de télévision ou de radio, sont louées entre 50 et 100 FCFA ou achetées entre 1500 et 2 000 FCFA.

« Le baara de Zépier fait gagner de l'argent, car chaque fois qu'un Djôlô veut se taper son Yô, il doit louer la zep. » (Yamoussoukro, le 27 Mars 2021)

Avec le temps, les dépôts de crack, appelés « Bombé », s'accumulent dans les tuyaux. Le Zépier les extrait et les revend à 500 FCFA, offrant ainsi une alternative moins coûteuse aux usagers. Il travaille généralement 24h/24 et dort dans le fumoir, son rôle étant essentiel à son bon fonctionnement. Son installation est soumise à l'approbation du Babatchè, dont il respecte les principes.

¹⁵ Dans le contexte ivoirien, ce groupe de mots fait référence à une personne de confiance qui est dotée d'une probité morale.

¹⁶ Le mot Bôrôtigui découle du mot Milinké : Bôrô (qui signifie sac) et Tigui (qui veut dire propriétaire). Autrement dit, le Bôrôtigui signifie le propriétaire du sac

2.2.5. *Le Receleur*

Le Receleur est l'intermédiaire entre les UD et le marché informel. Il évalue et achète les objets volés en échange d'argent liquide, facilitant ainsi l'accès à la drogue.

« Tous les objets qu'on prend dehors, on vient vendre au receleur. C'est lui qui fixe le prix. Souvent, il nous coupe, mais tu vas faire comment ? » (Abidjan, le 19 Juin 2021)

Certains Receleurs préfinancent même des vols, permettant aux UD d'obtenir rapidement leur dose. À Abidjan, ils ont des contacts dans le Black Market pour écouler les marchandises, tandis qu'à Yamoussoukro, ils sont souvent commerçants au grand marché.

« Les receleurs des ghettos de Yakro sont des Djaasamens. Dès que tu les appelles, ils viennent vite acheter ton article et ils gagnent temps. » (Yamoussoukro, le 17 Avril 2021)

Le Receleur joue un rôle clé dans l'économie du fumoir : plus les objets volés sont rachetés, plus les UD ont de l'argent, et plus leur consommation de drogues augmente. Son activité est autonome, mais il reste un acteur essentiel, en lien direct avec le Babatchè.

2.2.6. *Les Bana-bana*

Les "Bana-bana" sont des acteurs économiques des fumoirs de drogues, exerçant des activités parallèles à la vente de stupéfiants. Ils proposent divers produits (vivres, friperies, cigarettes, etc.), facilitant ainsi le quotidien des usagers. Dans certains fumoirs d'Abidjan, des restaurants traditionnels sont installés, permettant aux UD de subvenir facilement à leurs besoins alimentaires. À Yamoussoukro et dans certains fumoirs abidjanais, les Bana-bana s'implantent en périphérie en raison du caractère illicite des lieux.

« Les Bana-bana, viennent vendre leur mouvement dans le ghetto : habits, nourriture ou cigarettes. » (Abidjan le 29 Mai 2021)

Bien qu'ils ne soient pas tous consommateurs de drogues, leur présence est essentielle au bon fonctionnement du fumoir. Ils s'installent avec l'accord du Babatchè, respectant les règles de discrétion et de fonctionnement du lieu.

2.2.7. *Les Chiens*

Chaque fumoir d'Abidjan et de Yamoussoukro dispose au moins d'un chien, servant de dispositif de détection contre les infiltrations policières. Ces chiens jouent un rôle similaire aux chiens renifleurs des forces de l'ordre, mais sont entraînés à repérer les policiers déguisés.

« Le chien là-bas avec ses longues oreilles joue un grand rôle. S'il commence à aboyer, c'est qu'il y a un Zôgô (espion) ou des policiers. Chacun se prépare à partir parce que le chien ne ment pas. » (Abidjan le 10 Juillet 2021)

Ces chiens, souvent appelés "chiens Baoulés", ont une morphologie semblable à ceux utilisés pour la chasse traditionnelle. Leur formation commence dès le plus jeune âge et inclut des tests en ville : à la vue d'un agent en uniforme, le chien doit réagir en aboyant, prouvant ainsi son efficacité.

« À Yakro, on teste les chiens Baoulés en les envoyant en ville. Dès qu'ils voient un policier, ils aboient. Ça veut dire qu'ils sont prêts à travailler. » (Yamoussoukro, le 27 Mars 2021)

Dans les interventions policières, ces chiens sont les premières cibles afin de neutraliser le système d'alerte du fumoir.

2.2.8. *Les Djonki*

Les Djonki (ou Djôlô) sont les UD, souvent marginalisés et précaires. Beaucoup sont sans emploi, sans domicile et rejetés par leur famille. Pour financer leur consommation, certains pratiquent le vol, l'escroquerie ou la prostitution. À Yamoussoukro, nombre d'UD sont des "Kosseurs" à la gare routière, tandis qu'à Abidjan, certains se spécialisent dans la falsification de documents ou la revente d'objets volés ou encore dans de petits métiers comme les éboueurs.

Les UD sont de toutes les tranches d'âge, majoritairement entre 18 et 59 ans, mais incluent aussi des personnes âgées de plus de 60 ans. Ils vivent en communauté dans les fumoirs. La fidélité des UD à un fumoir dépend largement de la générosité du Babatchè. Certains financent les amendes des UD arrêtés ou leur offrent des "journées gratuites" avec repas et doses de drogue, renforçant ainsi leur attachement au lieu et consolidant leur clientèle.

« Chaque dimanche, ici, c'est gratuit. Le Babatchè nous donne à manger et après, il offre à chaque Djôlô une dose de Yô, un Pao et un Cali. On adore ça, et ça nous soude à lui. » (Abidjan le 10 Juillet 2021)

Cette stratégie permet au dealer d'assurer la fidélité de ses clients tout en se positionnant comme une figure d'autorité et de soutien au sein du fumoir.

4. Discussion

L'analyse des résultats met en évidence la structuration interne des fumoirs de drogues à Abidjan et Yamoussoukro, révélant leur rôle au-delà de simples lieux de consommation. Ces espaces fonctionnent comme de véritables institutions sociales, avec une hiérarchie codifiée, des rôles spécialisés et une organisation reposant sur des règles implicites. Ils constituent des microcosmes où s'articulent des logiques de survie, d'autorité locale et de régulation endogène. Cette organisation illustre ce que Olivier de Sardan (1995) qualifie de « gouvernance locale », ancrée dans des formes de solidarité communautaire et d'autorité coutumière dans des contextes d'illégalité.

Le Babatchè, figure centrale, cumule les fonctions de leader économique, d'arbitre social et de gardien de l'ordre. Il distribue les ressources, impose les règles et protège les usagers. Sa légitimité repose sur son capital économique, sa capacité de médiation et parfois sa proximité avec des figures influentes. Autour de lui gravitent des rôles spécialisés tels que les kamoraciens, les bôrôtiguis, les zépiers, les receleurs et les bana-bana assurant la sécurité, l'approvisionnement, les services et la circulation des biens. Même les usagers (Djonki) et les animaux (chiens Baoulé) participent à cet écosystème hiérarchisé, où la drogue devient un vecteur d'organisation sociale et d'affiliation.

Cette structuration repose sur une double logique de solidarité. D'une part, une solidarité mécanique (Durkheim, 1893), fondée sur des expériences et des valeurs partagées entre les usagers. D'autre part, une solidarité organique (Durkheim, 1904), issue de la complémentarité fonctionnelle des rôles. Cette interdépendance rappelle les transactions collusives décrites par Dobry (2009), dans lesquelles les activités illégales sont tolérées localement et parfois intégrées aux dynamiques de pouvoir et de corruption.

Sur le plan économique, les fumoirs sont imbriqués dans l'économie informelle locale. Ils génèrent des ressources pour des groupes précaires (vendeurs ambulants, femmes cuisinières, collecteurs de déchets) et deviennent des pôles de redistribution ou de protection pour certains riverains. Loin d'être isolés, ils alimentent des chaînes de valeur informelles qui participent à la survie de communautés vulnérables. Cette imbrication explique pourquoi certains habitants, conscients des risques, s'opposent à leur démantèlement, considérant qu'ils remplissent des fonctions sociales et économiques vitales. Ce phénomène rappelle les économies marginales observées dans la pêche artisanale (Dago, 2022) où les stratégies de survie se confrontent à des logiques répressives peu adaptées.

Les fumoirs se maintiennent également grâce à leur capacité d'adaptation aux politiques sécuritaires. Les Babatchès élaborent des stratégies d'évitement : déménagements fréquents,

négociations avec les forces de l'ordre, mobilisation de mineurs ou de personnes vulnérables. Cette faculté à négocier avec les structures officielles, bien que non institutionnalisée, témoigne d'une connaissance fine des rapports de pouvoir locaux. Comme l'a montré Traoré (2016), les acteurs de ces économies informelles mobilisent des tactiques de contournement sophistiquées, entre tolérance, influence et corruption.

L'organisation interne des fumoirs révèle aussi des logiques de distinction sociale. Les rapports de pouvoir s'y structurent autour de l'accès aux ressources, à l'information et aux réseaux. Le Babatchè exerce une domination fondée sur un capital économique et relationnel renforcé par des formes de violence symbolique ou physique. Par ailleurs, les relations entre fumoirs et acteurs locaux (policiers, chefs de quartier, commerçants) mobilisent des formes de capital social (Putnam, 1995), où confiance, protection et loyauté assurent la continuité des activités malgré la pression répressive.

En somme, les fumoirs de drogues ne peuvent être réduits à de simples lieux d'illégalité. Ce sont des systèmes sociaux complexes, structurés et insérés dans l'économie informelle et les dynamiques de pouvoir urbain. Leur compréhension exige une approche anthropologique des marges, attentive aux formes de régulation locale, aux stratégies d'adaptation et aux alternatives communautaires à l'autorité étatique.

5. Conclusion

Cette étude anthropologique, menée dans 19 fumoirs de drogues grâce à un échantillonnage en réseau et guidé par une structuration en pelotons auprès de 94 acteurs du trafic à Abidjan et Yamoussoukro, révèle que ces espaces sont de véritables structures sociales, avec des hiérarchies, des rôles spécialisés et des mécanismes de régulation interne. Loin d'être isolés, ces fumoirs apparaissent comme des dispositifs sociaux structurés, gouvernés par des règles, des statuts et des hiérarchies, dans une logique d'adaptation continue aux contraintes externes et aux ressources internes. Leur fonctionnement repose sur des logiques internes de redistribution, de protection et de reconnaissance, tout en négociant leur existence avec l'environnement urbain, les autorités et les dispositifs répressifs. Ces espaces sont insérés dans des réseaux d'échanges avec policiers, commerçants ou leaders communautaires. Ils constituent des formes alternatives d'organisation sociale issues de la marginalité, et méritent d'être appréhendés comme des objets d'analyse à part entière, pour inspirer des politiques publiques plus sensibles aux dynamiques locales et aux formes d'autorité non institutionnelles. L'étude invite ainsi à repenser les approches de la marginalité urbaine et du phénomène de drogue en Côte d'Ivoire à partir d'une épistémologie des marges, attentive aux logiques d'adaptation, de négociation et de reproduction sociale dans les espaces les plus précaires.

Remerciements

Nous souhaitons exprimer notre gratitude à la communauté des usagers de drogues ainsi qu'aux acteurs du trafic pour leur collaboration et la confiance qu'ils ont accordée à cette étude.

Conflit d'intérêts

Cette étude a été réalisée dans le respect des principes éthiques, sans aucun conflit d'intérêt, et ses résultats reflètent une analyse objective et impartiale

Références

- Comité Interministériel de Lutte Antidrogue. (2021). Plan National Intégré 2021-2025 de Lutte contre le Trafic illicite et l'Abus des Stupéfiants et des Substances Psychotropes en Côte d'Ivoire, 164 pages.
- Comité Interministériel de Lutte Antidrogue (2014-2021). Bilan annuel des saisies de drogues en Côte d'Ivoire. Rapport annuel de saisie de drogue, Côte d'Ivoire, 20 pages.
- Dago, M.A. (2022). Trafic de drogues dans le secteur de la pêche artisanale dans le Sud Comoé en Côte d'Ivoire. In American Journal of Humanities and Social Sciences Research (AJHSSR) e-ISSN: 2378-703X Volume-6, Issue-10, pp-108-114 www.ajhssr.com, consulté le 13 mars 2023 à 10h30,
- Dobry, M. (2009). « Valeurs, croyances et transactions collusives. Notes pour une réorientation de l'analyse de la légitimation des systèmes démocratiques », in J. Santiso (dir.), À la recherche de la démocratie. Mélanges offerts à Guy Hermet, Paris, Karthala, 2009, p. 115
- Dobry, M. (2009). *Sociologie des crises politiques : la dynamique des transactions collusives*. Paris : Presses de Sciences Po. 432 pages
- Durkheim, E., (1904), « Formes élémentaires de l'organisation sociale. » Texte extrait de la revue l'Année sociologique, n° 7, 1904, pp. 407 à 411. Texte reproduit in Émile Durkheim, Textes. 3. Fonctions sociales et institutions (pp. 271 à 276). Paris : Les Éditions de Minuit, 1975, 570 pages. Collection : Le sens commun
- Durkheim E. ([1893] 1998), *De la division du travail social*, Presses universitaires de France, coll. Quadrige (pp. 59–91 chap. II)
- Fortin, M et Gagnon, J. (2016). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives. 3e édition CHENELIERE EDUCATION (pp. 260 à 340)
- Julien S. (2011). Le Sahel comme espace de transit des stupéfiants. Acteurs et conséquences politiques », in Hérodote, numéro 142, pages 125-142
- Médecins du Monde. (2014). Santé des personnes usagères de drogue à Abidjan en Côte-d'Ivoire : Prévalence et pratiques à risque d'infection par le VIH, les hépatites virales et autres infections (p. 52), Etude bio-comportementale. Abidjan Côte d'Ivoire : Médecins du Monde-France.
- N'da, P. (2015). Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article. Edition L'Harmattan, Paris (pp.97 à 191).
- Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC, 2023). Rapport Mondial sur les drogues 2023 <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html> (consulté le 26 mai 2025 à 15h48)
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). Anthropologie et développement : Essai en socio-anthropologie du changement social. Paris : Karthala, 221 pages.
- Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions (2019). Cartographie, Estimation de taille et enquête bio-comportementale chez les consommateurs de drogues injectables dans les villes de Bouaké, Yamoussoukro et San Pedro en Côte d'Ivoire. Programme sous régional Réduction des Risques. Rapport d'Etude, 128 pages.
- Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions (2015b). Protocole national de prise en charge de la consommation et des troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues, 85 pages.

- Putnam, R. D. (1995). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York : Simon & Schuster (pp 22 à 23).
- Ricard, M. et Grodji K.F (2021). Fumoirs et relations d'interdépendance : négocier l'ordre social à Abobo, Abidjan. Dans *Politique africaine* 2021/3 (n° 163), pages 23 à 43.
- Saraiva, A. (2014). La recherche qualitative dans le contexte carcéral. Stratégies, défis et pistes d'orientation. In *Recherches Qualitatives : Vol. Hors-Série. Méthodes Qualitatives en Sciences Sociales et Humaines : perspectives et expériences* (pp.125 à 130).
- Tia, F.Y., (2019). Facteurs bio-culturels associés à la demande de sevrage des usagers de drogues à Abidjan. (Thèse d'Anthropologie). Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan (Côte d'Ivoire), 393pages soutenue publiquement le 28 janvier 2019.
- Traoré, D. (2014). Aspects criminogènes des fumoirs à Abidjan. Projet de thèse de Sociologie Criminelle (Mémoire de Master 2 de Criminologie). Félix Houphouët Boigny, Abidjan Côte d'Ivoire, 123 pages
- Traoré, D. (2016). Les fumoirs : un facteur d'insécurité à Abidjan. *Revue Africaine de Criminologie*, (18), 108-121.
- Yoro, B. M. (2012). Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique. *RECHERCHES QUALITATIVES*, 31(1), 47-61

© 2025 TIA, 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 (2)

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

Received, 13 April 2025

Accepted, 28 July 2025

Published, 12 August 2025

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

To cite: Dansou, J. (2025). *Crises sécuritaires et accès des femmes aux services de santé maternelle au Sahel : analyse comparative des accouchements à domicile entre les régions en conflits et non en conflits au Burkina Faso, Mali et Niger*. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 47-68.

<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.4>

Research

Crises sécuritaires et accès des femmes aux services de santé maternelle au Sahel : analyse comparative des accouchements à domicile entre les régions en conflits et non en conflits au Burkina Faso, Mali et Niger

Security crises and women's access to maternal health services in the Sahel: a comparative analysis of home births in conflict and non-conflict regions in Burkina Faso, Mali, and Niger

Justin DANSOU^{1,2,*}

¹Ecole Nationale de Statistique, de Planification et de Démographie (ENSPD), Université de Parakou, Bénin

²Groupe de Recherche en Population Santé et Développement (GRPSD), Abomey-Calavi, Bénin.

* **Correspondance** : Email de l'auteur pour correspondance : justindansou.jd@gmail.com, jdansou0124@stu.ui.edu.ng;

Résumé

Cette étude analyse les disparités dans la prévalence des accouchements à domicile selon la situation de crises sécuritaires (zones en crise vs. zones non en crise) et identifie les facteurs déterminants dans trois pays du Sahel en crises sécuritaires. Elle s'appuie sur des données issues des Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées respectivement en 2012, 2018 et 2021 au Niger, Mali et Burkina Faso. L'analyse, menée aux niveaux univarié, bivarié et multivarié (modèles de régression logistique), porte sur un échantillon de 19 633 naissances récentes des femmes ayant accouché au cours des cinq dernières années. Les résultats indiquent une prévalence globale des accouchements à domicile de 35,8 %, avec une légère augmentation dans les zones en crise (37,4 %) par rapport aux zones non en crise (35,0 %). À l'échelle nationale, la prévalence des accouchements à domicile est particulièrement élevée au Niger (66,1 %), suivie du Mali (29,3 %) et du Burkina Faso (5,7 %). Les crises sécuritaires aggravent l'accès aux soins, notamment au Burkina Faso et au Mali, où les taux d'accouchements à domicile sont deux fois plus élevés dans les zones en crise. L'étude met en évidence un risque accru pour les ménages dirigés par des

femmes dans ces zones. Elle recommande de renforcer les systèmes de santé, déployer des cliniques mobiles, et former des accoucheuses traditionnelles pour améliorer la prise en charge des mères et des nouveau-nés lors des accouchements à domicile dans les régions touchées.

Mots clés : accouchement à domicile, EDS, Sahel, crise sécuritaire, Burkina Faso, Mali, Niger

Abstract

This study analyzes disparities in the prevalence of home births in relation to the impact of security crises (crisis-affected areas vs. non-crisis areas) and identifies the related factors among reproductive age among women across three countries of the Sahel facing security crises. The research draws data from Demographic and Health Surveys (DHS) conducted respectively in 2012, 2018, and 2021 in Niger, Mali, and Burkina Faso. The analyses were conducted at univariate, bivariate, and multivariate levels (logistic regression models). A total of 19,633 most recent completed pregnancies by reproductive age women within the past five years of the surveys were included in the study. The findings indicate an overall prevalence of home births at 35.8%, with a slight increase in crisis-affected areas (37.4%) compared to non-crisis areas (35.0%). At the national level, the prevalence of home births is notably higher in Niger (66.1%) compared to Mali (29.3%) and Burkina Faso (5.7%). Security crises exacerbate barriers to healthcare access, particularly in Burkina Faso and Mali, where home birth rates are double in crisis zones relative to non-crisis zones. The study highlights an increased risk of home births among households headed by women in crisis-affected regions. It recommends strengthening healthcare systems, deploying mobile clinics, and training traditional birth attendants to enhance maternal and neonatal care during home births in affected areas.

Keywords: Home birth, DHS, Sahel, security crisis, Burkina Faso, Mali, Niger

1 Introduction

L'accouchement à domicile consiste pour une femme à donner naissance à domicile plutôt que dans une structure de santé formelle (hôpital ou clinique). Lorsque les conditions sont réunies, il peut être assisté par des professionnels de la santé qualifiés (sages-femmes, médecins, etc.) (Chey, Brubaker, and Wells 2020; Wanga, Namasasu, and Kinyanjui 2021), mais dans la plupart des cas, surtout dans certaines régions rurales africaines, il est assisté par des accoucheuses traditionnelles ou se fait sans assistance qualifiée. La pratique est surtout courante dans certaines régions où l'accès aux établissements de santé est limité (Mekonnen and Worku 2022; Tessema, Kidanemariam, and Hadera 2022) et où les normes socioculturelles la favorisent (Chey, Brubaker, and Wells 2020; Wanga, Namasasu, and Kinyanjui 2021; Tessema, Kidanemariam, and Hadera 2022). Les difficultés économiques favorisent la persistance du phénomène (Chey, Brubaker, and Wells 2020; Wanga, Namasasu, and Kinyanjui 2021). Bien que l'accouchement à domicile soit

perçu par certains comme un environnement plus rassurant et agréable pour la mère, il présente des risques potentiels aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né (Mekonnen and Worku 2022; Tessema, Kidanemariam, and Hadera 2022), surtout en cas de complications (Ashish, Dewan, and Singh 2022; Mazzucato, Tokhi, and Houghton 2023). Les accoucheuses traditionnelles ne disposent généralement pas de la compétence et des ressources nécessaires pour gérer efficacement les complications, ce qui peut compromettre la santé des mères et des enfants (Odimegwu and Agu 2021). Ainsi, la persistance de la pratique de l'accouchement à domicile demeure un problème de santé publique. Les accouchements à domicile sont associés à des risques élevés de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales (Morgan, Moyo, and Makwela 2023; Kyei, Adjei, and Ntim 2022). Entre 2000 et 2020, le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes a diminué d'environ 34 % dans le monde (Organization 2021), mais les défis demeurent encore importants, surtout dans certaines régions d'Afrique. On estime qu'en 2020, près de 800 femmes sont décédées chaque jour des suites des complications liées à la grossesse et à l'accouchement et qu'un décès maternel est enregistré toutes les deux minutes (Organization 2021).

De nombreux pays d'Afrique, notamment ceux du Sahel, sont confrontés depuis plusieurs années à des crises sécuritaires qui entravent les interventions. Les crises sécuritaires peuvent entraîner des déplacements de populations fuyant les violences et l'instabilité. Elles peuvent aussi perturber l'accès aux soins de santé, à l'éducation et à d'autres services sociaux de base, exacerbant les conditions de vie déjà précaires pour certaines populations. Généralement, dans les régions touchées par des conflits ou des instabilités, les infrastructures sanitaires sont souvent endommagées ou absentes, rendant difficile l'accès aux services médicaux appropriés (Organisation mondiale de la santé 2019). Dans ces contextes, certaines femmes choisissent ou se voient contraintes d'accoucher à domicile, souvent sans assistance qualifiée (UNICEF 2021), et sont ainsi exposées aux risques de mortalité maternelle et infantile (Médecins Sans Frontières 2018). Cette étude est basée sur le postulat selon lequel les femmes vivant dans les régions en crise sécuritaire présentent des risques d'accouchement à domicile plus accrus comparées à leurs homologues vivant dans les régions non en crise. Elle est l'une des premières à examiner l'influence des crises sécuritaires sur les comportements des femmes en matière de fécondité, et surtout au sein des États du Sahel. Elle contribue ainsi à l'amélioration des connaissances sur les déterminants de l'accouchement à domicile et à analyser le rôle propre des crises sécuritaires que vivent depuis quelques années certains pays, dont ceux de l'Alliance des États du Sahel. Elle met en évidence l'influence des crises sécuritaires sur l'accouchement des femmes. Elle analyse les variations des taux d'accouchement à domicile chez les femmes en âge de procréer au Burkina Faso, au Mali et au Niger, trois pays de l'Alliance Sahel touchés par des conflits depuis quelques années. Plus spécifiquement, elle vise à analyser la prévalence de ces accouchements à domicile selon la situation de crises sécuritaires (zones en crise vs. zones non touchées) et identifier les facteurs sous-jacents de cette pratique.

Dans le domaine de la recherche, plusieurs travaux ont examiné les facteurs associés à l'accouchement à domicile. Les principaux déterminants du phénomène identifiés dans la

littérature sont, entre autres, l'âge de la mère, son niveau d'instruction (Bado et al. 2022; Michael, Anyaka, and Mutihir 2024), le niveau de vie du ménage (Oduor and Ayieko 2021; Hwang, Hwang, and Zia 2022; Michael, Anyaka, and Mutihir 2024), le milieu de résidence (Oduor and Ayieko 2021; Hwang, Hwang, and Zia 2022), l'exposition aux médias (Bado et al. 2022), l'accessibilité géographique (Oduor and Ayieko 2021; Bado et al. 2022; Hwang, Hwang, and Zia 2022; Michael, Anyaka, and Mutihir 2024), la fréquence des consultations prénatales (Wondimu, Markos, and D 2020; Bado et al. 2022), et le nombre de naissances vivantes (Bado et al. 2022). Par exemple, il est courant que les facteurs économiques influencent les préférences en matière de lieu de l'accouchement, aussi bien sur le plan du transport que des prestations au niveau des formations sanitaires. De nombreuses femmes dans les zones rurales et défavorisées rencontrent des obstacles considérables à l'accès aux établissements de santé en raison de la distance, des problèmes de transport et des coûts élevés associés (Oduor and Ayieko 2021; Hwang, Hwang, and Zia 2022). Par conséquent, certaines peuvent considérer la délivrance à domicile comme la seule option viable, limitant ainsi leur accès aux soins qualifiés et aux interventions médicales en cas d'urgence.

2 Méthodologie

2.1 Données et population cible

L'étude s'appuie sur les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) les plus récentes menées dans trois pays du Sahel (Burkina Faso, Mali, Niger) confrontés à des crises sécuritaires. Ces enquêtes sont réalisées par Measures DHS. Les données des EDS sont représentatives et abordent plusieurs thèmes, notamment la santé reproductive, y compris la santé de la mère et la survie de l'enfant. Les enquêtes EDS interrogent généralement les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et les hommes de 15 à 64 ans. Les données exploitées pour cette recherche ont été téléchargées du site Macro International (<http://dhsprogram.com/data/available-datasets.cfm>) le 15 octobre 2024. Elles ont été collectées entre 2012 et 2021. La population cible de cette étude est constituée des femmes de 15 à 49 ans interrogées et qui ont eu au moins une naissance vivante au cours des 5 dernières années précédant les opérations de collecte. Les informations sur le lieu d'accouchement concernent les naissances les plus récentes des femmes interrogées. Les données des bases d'enfants de moins de 5 ans ont été utilisées dans le cadre de l'étude.

2.2 Caractéristiques de l'échantillon par pays

Les caractéristiques de l'échantillon par pays sont présentées dans le tableau ci-dessous. Les enquêtes ont été conduites en 2012 au Niger, en 2018 au Mali et en 2021 au Burkina Faso. Un total de 34 841 enfants de moins de 5 ans a été enregistré pour toutes les femmes en âge de procréer interrogées. Parmi ces enfants de moins de 5 ans, l'analyse a porté sur un échantillon de 19 663 derniers enfants de moins de 5 ans des femmes participantes. Près de 4 enfants sur 10 (37,6 %) proviennent du Niger, suivi de 31,5 % pour le Mali.

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon par pays

Pays	Année d'enquête	Nombre total d'enfants de moins de 5 ans issus des femmes de 15-49 ans enquêtées (N=34841)	Nombre de grossesses éligibles (n=19633)	Proportion (%)
Niger	2 012	12 931	7 386	37,6
Mali	2 018	9 983	6 178	31,5
Burkina Faso	2 021	11 926	6 070	30,9
Total		34 841	19 633	100,0

2.3 Situation de crises au sein des pays d'étude

En vue de mettre en évidence l'influence des situations de crise sur les différences de comportements des femmes en matière de reproduction, notamment sur les préférences du choix du lieu d'accouchement, une catégorisation de chaque pays a été faite pour faire ressortir les zones/régions en crise et les zones non en crise. La catégorisation est effectuée pour traduire au mieux la situation de crise en vigueur dans chaque pays au moment de la collecte des données, soit la situation de la crise sécuritaire au Niger en 2012, au Mali en 2018 et au Burkina Faso en 2021.

En 2012, les zones du Niger classées comme "rouge" ou dangereuses en raison de l'insurrection touarègue et de l'instabilité générale comprenaient principalement les régions d'Agadez, de Tahoua et de Diffa. La région d'Agadez, qui abrite une importante population touarègue, a été au cœur des affrontements entre les forces gouvernementales et les insurgés, faisant d'Agadez une zone à haut risque. Pendant ce temps, des combats et des activités rebelles ont également été observés dans la région de Tahoua. La région de Diffa, bien qu'elle ne soit pas le principal théâtre de l'insurrection touarègue, a vécu des tensions croissantes, notamment avec la menace de Boko Haram depuis 2012 ou avant. Ainsi, dans le cadre de cette étude, ces trois régions sont considérées comme en crise sécuritaire et les autres régions comme non en crise.

Au Mali, les régions considérées comme dangereuses et en crise dans le cadre de cette étude sont : Gao, Kidal, Mopti et Tombouctou.

Au Burkina Faso, les régions considérées en crise sécuritaire sont : Cascades, Sud-Ouest, Nord, Boucle du Mouhoun, Est, Hauts-Bassins et Sahel.

2.4 Variable dépendante

La variable dépendante est l'accouchement à domicile par les femmes lors de la naissance de leur dernière naissance enregistrée au plus 5 ans avant l'enquête. Elle est codée 1 si la femme a accouché le dernier enfant à domicile et 0 sinon.

2.5 Variables indépendantes

La variable indépendante principale est la situation de crise dans chacun des trois pays. Elle prend deux modalités : en crise et non en crise comme catégorisée plus haut. En plus de cette variable indépendante principale, les variables de contrôle utilisées sont celles mises en évidence dans la littérature sur l'analyse des déterminants des préférences en matière du lieu d'accouchement par les femmes en Afrique et disponibles dans les bases de données. Il s'agit de : l'âge de la femme à la naissance de l'enfant (15-17 ans, 17-18 ans, 19-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-49 ans), niveau d'instruction de la femme (aucun, primaire, secondaire ou plus), niveau de vie du ménage (plus pauvre, pauvre, moyen, riche, très riche), milieu de résidence (urbain, rural), nombre de naissance vivantes (Moins de 4 enfants, 4 à 6 enfants, 7 enfants ou plus), Perception de la mère de la distance pour se rendre au centre de santé (Pas un grand problème, Un grand problème), Nombre de consultations prénatales pendant la grossesse (Aucune consultation prénatale, Moins de 4 visites, 4 visites ou plus), milieu de résidence (Urbain, Rural), Sexe du chef de ménage (Masculin, Féminin), fréquence d'exposition aux médias: radio (aucun, moins d'une fois par semaine, plus d'une fois par semaine), télévision (aucun, moins d'une fois par semaine, plus d'une fois par semaine), journaux/magazines (aucun, moins d'une fois par semaine, plus d'une fois par semaine).

2.6 Méthodes et outils d'analyse des données

Les méthodes d'analyse descriptive et explicative ont été utilisées. Au niveau descriptif, des tris à plat suivi des tableaux croisés accompagnés des tests d'indépendance du Chi2 sont utilisés. Les analyses explicatives sont basées sur des modèles de régression logistique binaire. Le seuil de signification des résultats est testé à 5 %.

Les analyses statistiques sont réalisées avec le logiciel R impliquant plusieurs packages dont: dplyr (Wickham et al. 2023), knitr (Xie 2019), haven (Wickham and Miller 2019), survey (Lumley 2019), gtools (Warnes, Bolker, and Lumley 2018), numDervi (Paul and Ravi 2019), car (Fox and Weisberg 2019), summarytools (Comtois 2019), flextable (Gohel 2019a), officer (Gohel 2019b), jtools (Long 2019), finalfit (Harrison, Drake, and Ots 2019).

2.7 Considérations éthiques

L'étude utilise des données provenant des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) dont les outils de collecte sont préalablement approuvés par le comité éthique de Macro International. Les données sont gratuitement accessibles sur le site web de Measures DHS (MEASUREDHS 2023) sur demande.

3 Principaux résultats

3.1 Caractéristiques de la population de l'étude

Les analyses ont porté au total sur 19 633 dernières grossesses des femmes interrogées, dont 33,5 % vivaient dans les régions en crise et 66,5 % dans les zones non en crise. L'âge moyen des mères au moment des enquêtes est de 28,71 ans et leur âge moyen au dernier accouchement est de 27,59 ans. Un peu plus de 3 accouchements sur 10 (35,8 %) ont eu lieu à domicile. La majorité (75 %) des naissances a été enregistrée chez les mères qui n'ont aucun niveau d'instruction. Selon la situation de crise, on constate que 80 % des naissances dans les régions en crise ont lieu chez les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction contre 72,4 % dans les régions non en crise. Un peu moins de la moitié (48,1 % dans l'ensemble de l'échantillon contre 49,1 % dans les régions en crise et 47,6 %) des naissances a eu lieu chez les femmes qui ont moins de 4 enfants. Près de huit mères sur 10 (79,6 %) vivaient en milieu rural, soit 85,8 % pour les régions en crise et 76,5 % pour les zones non en crise.

Tableau 2: Description de l'échantillon de l'étude selon les variables d'analyse

Variable	Régions non en crise		Régions en crise		Ensemble	
	(%)	Effectif (n=11713)	(%)	Effectif (n=7920)	(%)	Effectif (n=)
Situation de crise						
Non en crise	100,0	11 713	0,0	0	66,5	13 052
En crise	0,0	0	100,0	7 920	33,5	6 581
Accouchement à domicile						
Non	65,0	7 611	62,6	4 958	64,2	12 600
Oui	35,0	4 102	37,4	2 962	35,8	7 033
Age de la mère au moment de l'enquête - (Age moyen : 28.71 ans)						
15-19 ans	8,1	950	8,6	678	8,3	1 621
20-24 ans	22,2	2 602	23,2	1 835	22,5	4 424
25-29 ans	25,8	3 025	24,3	1 926	25,3	4 971
30-34 ans	20,3	2 377	21,0	1 666	20,5	4 033
35-39 ans	14,6	1 712	13,9	1 102	14,4	2 823
40-44 ans	6,8	796	7,0	558	6,9	1 351
44-49 ans	2,2	252	2,0	156	2,1	410
Age de la mère à la naissance de l'enfant - (Age moyen : 27.59 ans)						
12-17 ans	5,0	589	5,0	396	5,0	986
18-19 ans	7,9	920	8,5	670	8,1	1 582
20-24 ans	24,0	2 813	24,3	1 923	24,1	4 732
25-29 ans	25,7	3 007	24,3	1 921	25,2	4 947
30-34 ans	18,8	2 200	20,0	1 582	19,2	3 766

Variable	Régions non en crise		Régions en crise		Ensemble	
	(%)	Effectif (n=11713)	(%)	Effectif (n=7920)	(%)	Effectif (n=)
35-39 ans	13,0	1 519	12,1	959	12,7	2 489
40-49 ans	5,7	665	5,9	469	5,8	1 131
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	72,4	8 486	80,0	6 339	75,0	14 724
Primaire	13,2	1 551	10,0	792	12,2	2 386
Secondaire ou plus	14,3	1 676	10,0	789	12,9	2 523
Nombre de naissances vivantes						
Moins de 4 enfants	47,6	5 576	49,1	3 887	48,1	9 444
4 à 6 enfants	34,2	4 002	34,7	2 750	34,4	6 744
7 enfants ou plus	18,2	2 135	16,2	1 283	17,5	3 445
Perception de la mère de la distance pour se rendre au centre de santé						
Pas un grand problème	64,0	7 501	57,6	4 566	61,9	12 153
Un grand problème	36,0	4 212	42,4	3 354	38,1	7 480
Nombre de consultations prénatales pendant la grossesse						
Aucune consultation prénatale	10,4	1 222	13,9	1 101	11,6	2 277
Moins de 4 visites	38,4	4 500	39,5	3 127	38,8	7 613
4 visites ou plus	51,1	5 991	46,6	3 692	49,6	9 743
Niveau de vie du ménage						
Plus pauvre	15,4	1 803	28,9	2 289	19,9	3 911
Pauvre	19,1	2 241	22,3	1 765	20,2	3 964
Moyen	20,9	2 451	20,2	1 599	20,7	4 060
Riche	22,2	2 602	16,8	1 333	20,4	4 007
Plus riche	22,3	2 617	11,8	934	18,8	3 692
Milieu de résidence						
Urbain	23,5	2 753	14,2	1 121	20,4	3 999
Rural	76,5	8 960	85,8	6 799	79,6	15 634
Sexe du chef de ménage						
Masculin	88,5	10 366	89,0	7 053	88,7	17 411
Féminin	11,5	1 347	11,0	867	11,3	2 222
Lire les journaux, magazines						
Non	95,1	11 142	97,1	7 690	95,8	18 806
Oui	4,9	571	2,9	230	4,2	827
Ecoute de la radio						
Non	33,0	3 861	43,2	3 421	36,4	7 146
Oui	67,0	7 852	56,8	4 499	63,6	12 487
Regarde la télévision						

Variable	Régions non en crise		Régions en crise		Ensemble	
	(%)	Effectif (n=11713)	(%)	Effectif (n=7920)	(%)	Effectif (n=)
Non	57,9	6 785	65,3	5 173	60,4	11 859
Oui	42,1	4 928	34,7	2 747	39,6	7 774
Pays						
Burkina Faso	26,4	3 098	39,8	3 150	30,9	6 070
Mali	32,0	3 750	30,4	2 405	31,5	6 178
Niger	41,5	4 865	29,9	2 364	37,6	7 386
Total	100,0	11 713	100,0	7 920	100,0	19 633

3.2 Variations de la prévalence des accouchements à domicile par pays selon la situation de crise au sein des trois pays de l'étude (Burkina Faso, Mali et Niger)

La prévalence globale de l'accouchement à domicile est estimée à 35,8 %, dont 35 % dans les régions non touchées par les crises contre 37,4 % dans les régions en crise. Même si les écarts ne sont pas importants au niveau global, on observe une grande disparité entre les pays et au sein des pays, à l'exception du Niger. Selon le pays et la situation de crise, la plus faible proportion d'accouchements à domicile est estimée à 5,7 % au Burkina Faso, contre 29,3 % au Mali et 66,1 % au Niger. Au Burkina Faso et au Mali, le taux d'accouchement à domicile en contexte de crise est plus du double de celui observé en contexte stable : 3,2 % contre 8,9 % au Burkina Faso et 21,9 % contre 44,7 % au Mali. Au Niger, en revanche, le taux d'accouchement à domicile est relativement élevé et la différence entre contextes de crise et contextes stables est faible : 65,4 % contre 67,9 %.

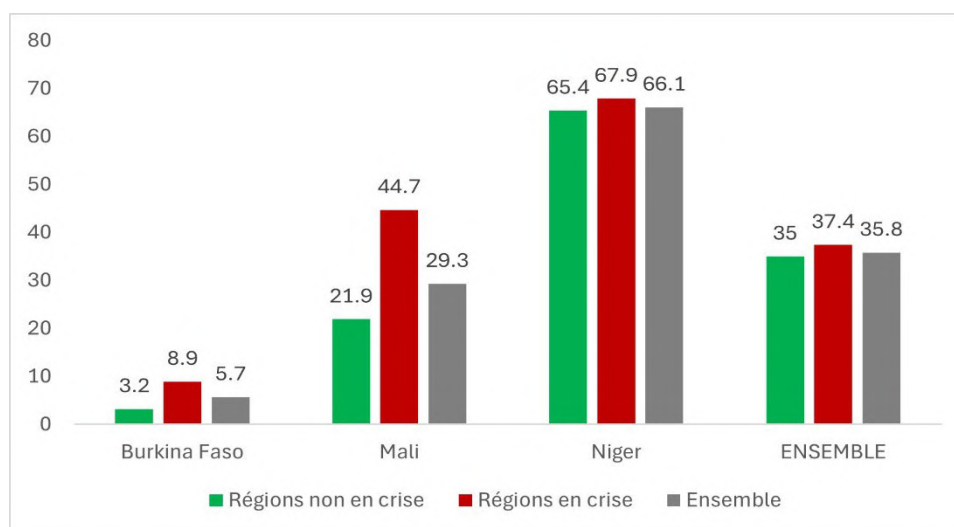


Figure 1 : Représentation graphique du taux d'accouchement à domicile par pays selon la situation de crise

3.3 Variations du taux d'accouchement à domicile selon les variables d'analyse

Au niveau bivarié, les résultats des tests d'indépendance du khi-deux montrent que toutes les variables étudiées semblent associées à l'accouchement à domicile, quel que soit le contexte de crise sécuritaire, à l'exception du sexe du chef de ménage, qui ne semble pas associé au choix du lieu d'accouchement dans les régions non touchées par la crise. Dans l'échantillon global, le taux d'accouchement à domicile est plus faible dans les ménages dirigés par des hommes (35,2 % contre 40,5 %), tandis que, en zones de crise, la différence est plus marquée : la moitié (50,4 % contre 35,8 %) des femmes vivant dans des ménages dirigés par des femmes accouchent à domicile.

Selon l'âge des mères, les plus fortes proportions d'accouchement à domicile sont observées chez les femmes proches de la ménopause : 39,4 % (40,2 % en zones stables et 38 % en zones de crise) chez les 40-44 ans, et 51,6 % (52,1 % en zones de crise contre 51,4 % en zones stables) chez les 45-49 ans. Quel que soit le contexte, on observe une baisse continue du taux d'accouchement à domicile avec l'augmentation du niveau d'instruction : 43,3 % chez les femmes sans instruction, 20,4 % chez celles ayant un niveau primaire, et 6,5 % chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. Une tendance similaire est observée en fonction du niveau de vie du ménage. Les plus fortes proportions (43,2 % contre 6,9 %) de taux d'accouchement à domicile sont enregistrées en milieu rural, aussi bien en zones de crise (42,2 % contre 8,1 %) qu'en zones stables (43,8 % contre 6,6 %). Un autre facteur important associé aux différences dans le recours à l'accouchement à domicile est la fréquence des consultations prénatales. L'augmentation de la fréquence des consultations prénatales est associée à une baisse du taux d'accouchement à domicile, quel que soit le contexte de crise. Les différences semblent plus accentuées dans les régions en crise sécuritaire.

Tableau 3: Prévalence du taux d'accouchement à domicile par variable d'analyse selon la situation de crise sécuritaire

Variable	Régions non en crise				Régions en crise				Ensemble			
	Effectif (n=11713)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue	Effectif (n=7920)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue	Effectif (n=)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue
Age de la mère au moment de l'enquête - (Age moyen : 28.71 ans)												
15-19 ans	950	31,3			678	33,4			1 621	32,0		
20-24 ans	2 602	32,5			1 835	32,8			4 424	32,6		
25-29 ans	3 025	36,3			1 926	38,3			4 971	37,0		
30-34 ans	2 377	35,8	54,4	0,000	1 666	42,4	39,9	0,000	4 033	36,7	82,6	0
35-39 ans	1 712	32,7			1 102	38,0			2 823	35,8		
40-44 ans	796	40,2			558	52,1			1 351	39,4		
44-49 ans	252	51,4			156				410	51,6		
Age de la mère à la naissance de l'enfant - (Age moyen : 27.59 ans)												
12-17 ans	589	35,6			396	37,1			986	36,1		
18-19 ans	920	30,8			670	31,1			1 582	30,9		
20-24 ans	2 813	34,3			1 923	36,9			4 732	35,2		
25-29 ans	3 007	36,6	27,3	0,000	1 921	40,3	12,4	0,054	4 947	36,6	32,4	0
30-34 ans	2 200	34,4			1 582	38,4			3 766	36,4		
35-39 ans	1 519	33,1			959	40,2			2 489	34,8		
40-49 ans	665	42,6			469				1 131	41,8		
Niveau d'instruction de la mère												
Aucun	8 486	43,6			6 339	42,8			14 724	43,3		
Primaire	1 551	19,3	990,9	0,000	792	23,2	570,0	0,000	2 386	20,4	1 575,0	0
Secondaire ou plus	1 676	6,0			789	8,0			2 523	6,5		
Nombre de naissances vivantes												
Moins de 4 enfants	5 576	26,5	440,5	0,000	3 887	30,8	160,7	0,000	9 444	28,0	573,6	0
4 à 6 enfants	4 002	37,9			2 750	39,6			6 744	38,5		

Variable	Régions non en crise				Régions en crise				Ensemble			
	Effectif (n=11713)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue	Effectif (n=7920)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue	Effectif (n=)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue
7 enfants ou plus	2 135	51,7			1 283	52,9			3 445	52,1		
Perception de la mère de la distance pour se rendre au centre de santé												
Pas un grand problème	7 501	27,4	535,0	0,000	4 566	30,9	341,3	0,000	12 153	28,5	896,3	0
Un grand problème	4 212	48,6			3 354	46,3			7 480	47,8		
Nombre de consultations prénatales pendant la grossesse												
Aucune consultation prénatale	1 222	76,7	1 653,7	0,000	1 101	86,3	2 412,5	0,000	2 277	80,6	4 062,4	0
Moins de 4 visites	4 500	43,4			3 127	44,8			7 613	43,9		
4 visites ou plus	5 991	20,2			3 692	16,6			9 743	19,1		
Niveau de vie du ménage												
Plus pauvre	1 803	54,4	1 109,1	0,000	2 289	47,9	627,1	0,000	3 911	51,2	1 752,0	0
Pauvre	2 241	45,1			1 765	42,6			3 964	44,2		
Moyen	2 451	41,1			1 599	36,8			4 060	39,7		
Riche	2 602	30,7			1 333	31,3			4 007	30,8		
Plus riche	2 617	11,7			934	11,5			3 692	11,7		
Milieu de résidence												
Urbain	2 753	6,6	1 315,0	0,000	1 121	8,1	464,5	0,000	3 999	6,9	1 748,9	0
Rural	8 960	43,8			6 799	42,2			15 634	43,2		
Sexe du chef de ménage												
Masculin	10 366	34,9	0,7	0,418	7 053	35,8	35,7	0,000	17 411	35,2	19,9	0
Féminin	1 347	35,7			867	50,4			2 222	40,5		
Lire les journaux, magazines												
Non	11 142	36,6	218,2	0,000	7 690	38,2	91,0	0,000	18 806	37,1	314,9	0
Oui	571	4,9			230	10,6			827	6,3		
Ecoute de la radio												
Non	3 861	40,2	70,3	0,000	3 421	40,5	81,9	0,000	7 146	40,3	166,0	0

Variable	Régions non en crise				Régions en crise				Ensemble			
	Effectif (n=11713)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue	Effectif (n=7920)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue	Effectif (n=)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue
Oui	7 852	32,5			4 499	35,1			12 487	33,3		
Regarde la télévision												
Non	6 785	48,3			5 173	44,6			11 859	46,9		
Oui	4 928	16,8	1 203,5	0,000	2 747	23,9	467,0	0,000	7 774	18,9	1 661,5	0
Pays												
Burkina Faso	3 098	3,2			3 150	8,9			6 070	5,7		
Mali	3 750	21,9	3 047,8	0,000	2 405	44,7	1 880,4	0,000	6 178	29,3	4 394,1	0
Niger	4 865	65,4			2 364	67,9			7 386	66,1		
Situation de crise												
Non en crise									13 052	35,0		
En crise									6 581	37,4	26,9	0
Total									19 633	35,8		

3.4 Accouchements à domicile en contexte de crise sécuritaire et principaux facteurs de risque

Toute chose étant égale par ailleurs, les résultats montrent que les crises sécuritaires ont un effet propre sur le risque d'accouchement à domicile chez les femmes en âge de procréer. Les femmes vivant dans les zones en crise sécuritaire ont 44 % de risque supplémentaire (OR = 1,44 ; IC 95 % = 1,32-1,58) d'accoucher à domicile, comparativement à leurs homologues vivant dans les régions non touchées par la crise. De même que la situation de crise sécuritaire, les résultats des analyses explicatives confirment les résultats de l'analyse bivariée, mettant en évidence une association entre chaque variable et l'accouchement à domicile. Chaque variable de contrôle a un effet propre sur le risque d'accouchement à domicile chez les femmes. Selon le pays, indépendamment de la situation de crise, le risque d'accouchement à domicile est plus élevé au Mali (6,64 fois) et au Niger (33,46 fois) qu'au Burkina Faso. Les résultats sont similaires en zones de crise et en zones stables.

Le risque d'accouchement à domicile diminue continuellement avec l'augmentation du niveau d'instruction de la mère, de la fréquence des consultations prénatales pendant la grossesse et du niveau de vie du ménage, aussi bien en zones de crise qu'en zones stables. Les différences sont parfois plus prononcées en zones de crise. Les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur ont 55 % (63 % en zones de crise et 48 % en zones stables) de risque en moins d'accoucher à domicile que leurs homologues sans instruction. Les femmes vivant dans les ménages au niveau de vie le plus élevé ont 79 % de risque en moins (OR = 0,21 ; IC 95 % = [0,18-0,26]) d'accoucher à domicile que leurs homologues vivant dans les ménages les plus pauvres. Les femmes ayant effectué au moins quatre consultations prénatales ont 90 % de risque en moins (OR = 0,10 ; IC 95 % = [0,08-0,11]) d'accoucher à domicile que celles ayant effectué moins de quatre consultations, contre 83 % (OR = 0,17 ; IC 95 % = [0,15-0,19]) pour celles n'ayant effectué aucune visite prénatale. Des résultats similaires sont observés en zones de crise et en zones stables, mais les différences semblent plus importantes en zones de crise (94 % et 88 % de risque en moins respectivement).

Le sexe du chef de ménage est associé au choix du lieu d'accouchement uniquement dans les régions en crise. Les femmes vivant dans les ménages dirigés par des femmes ont 29 % de risque supplémentaire (OR = 1,29 ; IC 95 % = [1,05-1,57]) d'accoucher à domicile que leurs homologues vivant dans des ménages dirigés par des hommes.

Le risque d'accouchement à domicile est aussi inversement associé à l'exposition aux médias (radio, télévision, journaux/magazines), quel que soit le contexte (crise ou non). La consommation de médias est associée à un risque moindre d'accouchement à domicile.

L'accessibilité géographique joue un rôle important dans les différences de choix du lieu d'accouchement. Les femmes estimant que l'accès géographique aux centres de santé est un problème majeur ont 94 % de risque supplémentaire (OR = 1,94 ; IC 95 % = [1,78-2,11])

d'accoucher à domicile que celles pour qui ce n'est pas un problème. L'influence de l'accessibilité géographique semble plus importante en zones de crise (OR = 2,15 ; IC 95 % = [1,88-2,46]) qu'en zones stables (OR = 1,69 ; IC 95 % = [1,51-1,89]). De même, les femmes vivant en milieu rural ont 2,65 fois plus de risque d'accoucher à domicile que celles vivant en milieu urbain.

Tableau 4: Résultats de la régression logistique sur l'accouchement à domicile parmi les femmes dans les trois pays de l'étude selon la situation de crise

Variable	Régions non en crise		Régions en crise		Ensemble	
	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%
Age de la mère à la naissance de l'enfant - (Age moyen : 27.59 ans)						
12-17 ans	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
18-19 ans	0.79 [0.63-0.99]**	0.92 [0.67-1.25]	0.72 [0.56-0.92]***	0.76 [0.53-1.07]	0.75 [0.64-0.89]***	0.84 [0.67-1.05]
20-24 ans	0.89 [0.73-1.08]	1.16 [0.89-1.51]	0.83 [0.67-1.02]*	0.99 [0.73-1.33]	0.86 [0.74-0.99]**	1.08 [0.89-1.31]
25-29 ans	1.01 [0.83-1.22]	0.95 [0.72-1.27]	0.88 [0.72-1.09]	0.80 [0.58-1.10]	0.94 [0.82-1.09]	0.90 [0.73-1.12]
30-34 ans	0.91 [0.75-1.11]	0.77 [0.56-1.05]	0.92 [0.74-1.14]	0.81 [0.57-1.15]	0.90 [0.78-1.04]	0.81 [0.64-1.01]*
35-39 ans	0.89 [0.72-1.09]	0.61 [0.43-0.85]***	0.92 [0.73-1.16]	0.66 [0.45-0.97]**	0.89 [0.76-1.03]	0.65 [0.50-0.83]***
40-49 ans	1.26 [1.00-1.60]*	0.76 [0.52-1.12]	0.99 [0.75-1.29]	0.55 [0.36-0.86]***	1.13 [0.95-1.35]	0.72 [0.54-0.95]**
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Primaire	0.32 [0.28-0.37]***	0.54 [0.46-0.64]***	0.35 [0.29-0.41]***	0.67 [0.54-0.84]***	0.33 [0.30-0.37]***	0.60 [0.52-0.68]***
Secondaire ou plus	0.09 [0.07-0.11]***	0.52 [0.40-0.67]***	0.09 [0.07-0.12]***	0.37 [0.26-0.50]***	0.09 [0.08-0.11]***	0.45 [0.37-0.55]***
Nombre de naissances vivantes						
Moins de 4 enfants	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
4 à 6 enfants	1.65 [1.51-1.80]***	1.25 [1.07-1.48]***	1.38 [1.25-1.53]***	1.35 [1.12-1.63]***	1.52 [1.42-1.62]***	1.26 [1.12-1.43]***
7 enfants ou plus	2.97 [2.68-3.30]***	1.54 [1.23-1.93]***	2.32 [2.03-2.66]***	1.69 [1.30-2.19]***	2.65 [2.44-2.88]***	1.54 [1.30-1.82]***
Perception de la mère de la distance pour se rendre au centre de santé						
Pas un grand problème	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Variable	Régions non en crise		Régions en crise		Ensemble	
	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%
Un grand problème	2.56 [2.36- 2.77]***	1.69 [1.51- 1.89]***	2.40 [2.19- 2.64]***	2.15 [1.88- 2.46]***	2.51 [2.36- 2.67]***	1.94 [1.78- 2.11]***
Nombre de consultations prénatales pendant la grossesse						
Aucune consultation prénatale	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Moins de 4 visites	0.23 [0.20- 0.27]***	0.20 [0.16- 0.24]***	0.09 [0.08- 0.11]***	0.13 [0.10- 0.16]***	0.15 [0.13- 0.17]***	0.17 [0.15- 0.19]***
4 visites ou plus	0.07 [0.06- 0.08]***	0.14 [0.11- 0.16]***	0.02 [0.02- 0.03]***	0.06 [0.05- 0.07]***	0.04 [0.04- 0.05]***	0.10 [0.08- 0.11]***
Niveau de vie du ménage						
Plus pauvre	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Pauvre	0.71 [0.62- 0.81]***	0.89 [0.74-1.06]	0.71 [0.62- 0.81]***	0.63 [0.53- 0.77]***	0.71 [0.65- 0.78]***	0.73 [0.64- 0.83]***
Moyen	0.58 [0.51- 0.66]***	0.71 [0.60- 0.85]***	0.53 [0.46- 0.61]***	0.58 [0.48- 0.71]***	0.56 [0.51- 0.62]***	0.62 [0.55- 0.71]***
Riche	0.35 [0.31- 0.40]***	0.56 [0.47- 0.67]***	0.40 [0.34- 0.46]***	0.40 [0.33- 0.50]***	0.37 [0.33- 0.40]***	0.46 [0.40- 0.52]***
Plus riche	0.11 [0.10- 0.13]***	0.32 [0.26- 0.41]***	0.12 [0.10- 0.15]***	0.15 [0.11- 0.21]***	0.12 [0.10- 0.13]***	0.21 [0.18- 0.26]***
Milieu de résidence						
Urbain	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Rural	9.28 [8.10- 10.68]***	3.62 [2.95- 4.45]***	3.90 [3.43- 4.45]***	2.24 [1.79- 2.81]***	6.19 [5.65- 6.81]***	2.65 [2.29- 3.07]***
Sexe du chef de ménage						
Masculin	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Féminin	1.05 [0.93-1.19]	1.03 [0.86-1.22]	1.55 [1.34- 1.79]***	1.29 [1.05-1.57]**	1.24 [1.13- 1.36]***	1.11 [0.98-1.27]
Lire les journaux, magazines						
Non	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Oui	0.11 [0.08- 0.16]***	0.64 [0.42-0.97]**	0.18 [0.12- 0.26]***	0.78 [0.45-1.31]	0.13 [0.10- 0.17]***	0.72 [0.52-0.99]**

Variable	Régions non en crise		Régions en crise		Ensemble	
	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%
Ecoute de la radio						
Non	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Oui	0.71 [0.65- 0.77]***	0.98 [0.87-1.11]	0.65 [0.60- 0.72]***	0.92 [0.80-1.06]	0.67 [0.63- 0.71]***	1.02 [0.93-1.12]
Regarde la télévision						
Non	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Oui	0.22 [0.20- 0.24]***	0.67 [0.58- 0.76]***	0.32 [0.29- 0.36]***	0.78 [0.66- 0.92]***	0.25 [0.24- 0.27]***	0.67 [0.60- 0.74]***
Pays						
Burkina Faso	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Mali	7.90 [6.40- 9.85]***	6.41 [5.07- 8.17]***	11.48 [9.88- 13.39]***	6.89 [5.73- 8.30]***	8.33 [7.39- 9.42]***	6.64 [5.76- 7.66]***
Niger	43.30 [35.40- 53.57]***	46.50 [37.34- 58.49]***	18.61 [15.95- 21.79]***	20.18 [16.45- 24.84]***	25.37 [22.57- 28.61]***	33.46 [29.04- 38.65]***
Situation de crise						
Non en crise					1.00	1.00
En crise					1.17 [1.10- 1.25]***	1.53 [1.40- 1.68]***

Number in dataframe = 19633, Number in model = 19633, Missing = 0, AIC = 14548.5, C-statistic = 0.903, H&L = Chi-sq(8) 48.33 ($p < 0.001$)

4 Discussion

La littérature scientifique comporte peu d'études examinant l'influence des crises sécuritaires sur les déterminants de l'accouchement à domicile. Cette étude se révèle donc particulièrement pertinente. Le taux d'accouchement à domicile chez les femmes en âge de procréer, au sein de notre échantillon (35,8 %, dont 37,4 % dans les régions en crise contre 35,0 % dans les régions non en crise), varie entre les pays et à l'intérieur même des pays. À l'échelle nationale, la prévalence de l'accouchement à domicile présente de fortes disparités : elle est plus élevée au Niger (66,1 %) qu'au Mali (29,3 %) et au Burkina Faso (5,7 %).

L'impact des crises sécuritaires sur l'accès des femmes aux structures de santé obstétricales semble plus important au Burkina Faso et au Mali, où le taux d'accouchement à domicile dans les zones touchées est plus du double de celui observé dans les zones non touchées (respectivement 8,9 % contre 3,2 % au Burkina Faso et 44,7 % contre 21,9 % au Mali). Au Niger, où l'accouchement à domicile est déjà largement répandu, la différence entre les zones de crise et les zones stables est moins marquée (67,9 % contre 65,4 %). La prévalence globale de l'accouchement à domicile dans cette étude est supérieure à celle estimée dans certains contextes, notamment parmi les femmes suivant des consultations prénatales dans un établissement de santé au Nigeria (23,5 %) (Michael, Anyaka, and Mutihir 2024). Cette différence s'explique probablement par le fait que notre prévalence est calculée sur un échantillon incluant des femmes suivantes ou non des consultations prénatales.

Les analyses confirment les disparités des risques d'accouchement à domicile selon le pays et la situation de crise. Les femmes vivant dans les régions touchées par des crises sécuritaires courent un risque accru d'accoucher à domicile, confirmant l'hypothèse principale de l'étude concernant le rôle propre des crises sécuritaires sur les comportements de procréation. Ces crises entraînent souvent des déplacements de population fuyant les violences et l'instabilité, perturbant l'accès aux services sociaux de base, y compris les soins de santé. Dans les zones touchées par les conflits, les infrastructures sanitaires sont souvent endommagées ou inexistantes, rendant difficile l'accès à des soins médicaux appropriés (Organisation mondiale de la santé 2019). Dans ces contextes, certaines femmes choisissent ou sont contraintes d'accoucher à domicile, souvent sans assistance qualifiée (UNICEF 2021). Il est donc crucial de renforcer les capacités des systèmes de santé pour garantir la sécurité et le bien-être des mères et des nouveau-nés dans ces contextes fragiles (Pregnancy and Childbirth 2020).

Au-delà de l'effet propre des crises sécuritaires, les résultats, compte tenu des variables de contrôle, corroborent les conclusions d'études antérieures sur les déterminants de l'accouchement à domicile (Wondimu, Markos, and D 2020; Oduor and Ayieko 2021; Hwang, Hwang, and Zia 2022; Bado et al. 2022; Michael, Anyaka, and Mutihir 2024). Les facteurs socio-économiques influencent l'accès aux biens et services, et donc le choix du lieu d'accouchement. Par exemple,

l'accouchement à domicile est inversement corrélé au niveau de vie des ménages, aussi bien en zones de crise qu'en zones stables. La distance aux établissements de santé, les difficultés de transport et les coûts élevés constituent des obstacles importants à l'accès aux soins obstétricaux, empêchant certaines femmes d'accoucher en milieu médicalisé (Oduor and Ayieko 2021; Hwang, Hwang, and Zia 2022). Le niveau d'instruction est également inversement corrélé à l'accouchement à domicile. Les femmes ayant un niveau d'instruction primaire, secondaire ou supérieur ont un risque moins élevé d'accoucher à domicile, comme le montrent des études récentes au Bénin, au Mali (Bado et al. 2022) et au Nigeria (Michael, Anyaka, and Mutahir 2024). L'accessibilité géographique influence également le risque d'accouchement à domicile, cet impact étant plus marqué en zones de crise. Enfin, la fréquence des consultations prénatales est un facteur déterminant, une consultation régulière diminuant le risque d'accouchement à domicile (Wondimu, Markos, and D 2020; Bado et al. 2022).

Il est important de souligner que cette étude n'a pas pu contrôler l'effet de certaines variables, notamment les variables socioculturelles comme l'appartenance ethnique et religieuse. Les normes culturelles jouent un rôle important dans les préférences concernant le lieu d'accouchement. Dans certaines communautés, les femmes peuvent choisir d'accoucher à domicile en raison de leur attachement aux pratiques traditionnelles et à la confiance qu'elles accordent aux accoucheuses traditionnelles (Mazzucato, Tokhi, and Houghton 2023; Kyei, Adjei, and Ntim 2022).

5 Conclusion et recommandations

Cette étude a examiné l'influence des crises sécuritaires sur le recours aux accouchements à domicile chez les femmes de trois pays du Sahel. Globalement, les crises sécuritaires contribuent aux disparités de choix du lieu d'accouchement. Un risque accru d'accouchement à domicile est observé dans les régions touchées par des crises, comparativement aux régions stables. Ce risque est plus élevé au Niger et au Mali qu'au Burkina Faso, même en dehors des zones de crise. L'impact des crises semble plus marqué au Burkina Faso (8,9 % contre 3,2 %) et au Mali (44,7 % contre 21,9 %) qu'au Niger, où le phénomène apparaît plus généralisé (67,9 % contre 65,4 %).

Dans les régions affectées par les conflits et l'instabilité, les déplacements de population contribuent à la désorganisation familiale et entravent l'accès des femmes aux services de santé pour l'accouchement. L'étude met en évidence un risque accru d'accouchement à domicile chez les femmes vivant dans des ménages dirigés par des femmes, et ce, spécifiquement dans les régions en crise.

Il est donc crucial, non seulement de renforcer les capacités des systèmes de santé pour garantir la sécurité et le bien-être des mères et des nouveau-nés dans ces contextes fragiles (Pregnancy and Childbirth 2020), mais aussi de mettre en place un accompagnement complet des femmes tout au long de la grossesse et de l'accouchement à travers des stratégies comme :

- La création de réseaux de soutien communautaires pour les femmes enceintes dans les régions touchées par les crises,
- Le soutien spécifique aux ménages dirigés par des femmes à travers l'autonomisation et le développement des programmes d'aide sociale et de prise en charge pour les femmes en situation de vulnérabilité,
- Le déploiement de cliniques mobiles et d'équipes itinérantes de sages-femmes et de professionnels de santé pour atteindre les zones difficiles d'accès,
- La restauration des infrastructures sanitaires endommagées dans les zones où les conditions se permettent,
- La formation et l'intégration des accoucheuses traditionnelles, particulièrement dans les contextes où l'accès aux structures de santé est limité, et où la mise en œuvre de mesures pour faciliter cet accès n'est pas possible,
- Le renforcement des programmes de sensibilisation des populations sur les risques des accouchements à domicile et promouvoir l'accouchement assisté,
- La facilitation de l'accès géographique et logistique aux services de santé maternelle à travers la mise en place des mécanismes de transport médicalisé et des systèmes de signalement pour les urgences obstétriques.

Cette étude confirme par ailleurs la plupart des résultats connus sur les déterminants de l'accouchement à domicile en Afrique, notamment l'influence du niveau d'éducation de la femme, du nombre d'enfants, du niveau de vie du ménage, de l'accessibilité géographique, de la fréquence d'exposition aux médias, et de l'âge. En somme, les résultats de cette étude appellent à une approche intégrée et multisectorielle, combinant interventions sanitaires, soutien socio-économique et dispositifs d'urgence, afin de réduire les inégalités et garantir un accès équitable aux soins maternels dans les régions sahéliennes en conflit.

Références

- Ashish, K., R. Dewan, and R. Singh. 2022. "Home Births in India: A Geographical Perspective." *International Journal of Health Management* 14 (2): 215–23. <https://doi.org/10.2139/ijhm.2022.1234>.
- Bado, Aristide Romaric, Hermann Badolo, Ermel Johnson, Evelyne Bewendin Komboigo, Sétonджи Géraud R Padonou, and Fatou Diawara. 2022. "Factors Associated with Home Births in Benin and Mali: Evidence from the Recent Demographic and Health Surveys." *Frontiers in Reproductive Health* 4: 808070.
- Chey, M. J., K. R. Brubaker, and J. D. Wells. 2020. "The Experience of Planned Home Birth: A Focus on Maternal and Neonatal Outcomes." *BMC Health Services Research* 20 (1): 312. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05155-6>.

- Comtois, Dominic. 2019. *Summarytools: Tools to Quickly and Neatly Summarize Data*. <https://CRAN.R-project.org/package=summarytools>.
- Fox, John, and Sanford Weisberg. 2019. *An R Companion to Applied Regression*. Third. Thousand Oaks CA: Sage. <https://socialsciences.mcmaster.ca/jfox/Books/Companion/>.
- Gohel, David. 2019a. *Flextable: Functions for Tabular Reporting*. <https://CRAN.R-project.org/package=flextable>.
- Gohel, David. 2019b. *Officer: Manipulation of Microsoft Word and PowerPoint Documents*. <https://CRAN.R-project.org/package=officer>.
- Harrison, Ewen, Tom Drake, and Riinu Ots. 2019. *Finalfit: Quickly Create Elegant Regression Results Tables and Plots When Modelling*. <https://CRAN.R-project.org/package=finalfit>.
- Hwang, Y. J., J. H. Hwang, and S. Zia. 2022. “Barriers to Healthcare Access for Rural Women During Pregnancy and Childbirth in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review.” *BMC Health Services Research* 22 (1): 116. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07487-2>.
- Kyei, N. N., F. K. Adjei, and W. Ntim. 2022. “Drivers of Home Deliveries in Ghana: The Role of Community Health Workers and Traditional Medicine.” *International Journal of Health Policy and Management* 11 (9): 1723–31. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.50>.
- Long, Jacob A. 2019. *Jtools: Analysis and Presentation of Social Scientific Data*. <https://cran.r-project.org/package=jtools>.
- Lumley, Thomas. 2019. “Survey: Analysis of Complex Survey Samples.”
- Mazzucato, D., M. Tokhi, and F. Houghton. 2023. “Traditional Birth Attendants and Home Delivery: An Exploration of Care Practices in Rural East Africa.” *PLOS Global Public Health* 3 (1): e0000135. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000135>.
- MEASUREDHS. 2023. <http://www.measuredhs.com/>.
- Médecins Sans Frontières. 2018. “Maternal Mortality in Conflict Zones: A Report.” Médecins Sans Frontières.
- Mekonnen, T., and A. Worku. 2022. “Reasons for Home Delivery in Ethiopia: A Qualitative Study of Women’s Experiences.” *BMC Pregnancy and Childbirth* 22: 56. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04472-6>.
- Michael, KC, CU Anyaka, and JT Mutihir. 2024. “Factors Contributing to Home Delivery Amongst Women Utilizing Antenatal Services in Jos University Teaching Hospital.” *Jos Journal of Medicine* 17 (1): 14–28.
- Morgan, A., T. Moyo, and K. Makwela. 2023. “Maternal Care and the Role of Traditional Birth Attendants in Rural South Africa: A Mixed-Methods Approach.” *Global Health Action* 16 (1): 2015123. <https://doi.org/10.1080/16549716.2023.2015123>.
- Odimegwu, C., and A. Agu. 2021. “Perceptions of Traditional Birth Attendants in Nigeria: Implications for Maternal Health Policies.” *International Journal of Women’s Health* 13: 257–66. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S290330>.
- Oduor, C., and J. Ayieko. 2021. “Factors Influencing the Choice of Home Delivery in Rural Kenya: A Cross-Sectional Study.” *BMC Pregnancy and Childbirth* 21 (1): 300. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03853-z>.

- Organisation mondiale de la santé. 2019. “Maternal Health in Humanitarian Settings.” *WHO Publications* 10: 1–12.
- Organization, World Health. 2021. “Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017.” <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
- Paul, Gilbert, and Varadhan Ravi. 2019. *numDeriv: Accurate Numerical Derivatives*. <https://CRAN.R-project.org/package=numDeriv>.
- Pregnancy, BMC, and Childbirth. 2020. “Addressing Health Inequities in Conflict-Affected Settings.” *BMC Pregnancy and Childbirth* 20: 1–10.
- Tessema, B., A. Kidanemariam, and T. Hadera. 2022. “Determinants of Home Delivery Among Women in Ethiopia: A Multi-Level Analysis.” *BMC Health Services Research* 22: 603. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07507-3>.
- UNICEF. 2021. “Child and Maternal Health: The Effects of Conflict.” *UNICEF Reports* 5: 15–22.
- Wanga, B., J. Namasasu, and L. Kinyanjui. 2021. “Home Delivery Practices in Rural Kenya: A Qualitative Study of Women’s Experiences.” *African Journal of Reproductive Health* 25 (3): 73–85. <https://doi.org/10.29063/ajrh2021/v25i3.10>.
- Warnes, Gregory R., Ben Bolker, and Thomas Lumley. 2018. *Gtools: Various r Programming Tools*. <https://CRAN.R-project.org/package=gtools>.
- Wickham, Hadley, Romain Francois, Lionel Henry, Kirill Muller, and Davis Vaughan. 2023. *Dplyr: A Grammar of Data Manipulation*. <https://CRAN.R-project.org/package=dplyr>.
- Wickham, Hadley, and Evan Miller. 2019. *Haven: Import and Export 'SPSS', 'Stata' and 'SAS' Files*. <https://CRAN.R-project.org/package=haven>.
- Wondimu, Mebratu Shite, Endrias Markos, and Woldesemayat D. 2020. “Determinants of Home Delivery Among Women in Rural Pastoralist Community of Hamar District, Southern Ethiopia: A Case-Control Study.” *Risk Management and Healthcare Policy* 13: 2159–67.
- Xie, Yihui. 2019. *Knitr: A General-Purpose Package for Dynamic Report Generation in r*. <https://yihui.name/knitr/>.

© 2025 DANSOU, 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 (2)

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

Received, 18 April 2025

Accepted, 02 August 2025

Published, 21 August 2025

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

To cite: Sineno, A. R. et al. (2025). Application du Protocole de Maputo dans la zone de santé de Bunia, province de l'Ituri (République Démocratique du Congo) expériences et attentes des sages-femmes. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 69-91. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.5>

Research

Application du Protocole de Maputo dans la zone de santé de Bunia, province de l'Ituri (République Démocratique du Congo) : expériences et attentes des sages-femmes

Implementation of the Maputo Protocol in the Bunia Health Zone, Ituri Province (Democratic Republic of the Congo): Experiences and Expectations of Midwives

Ruth Adjiba Sineno^{1, 2}, Alexis François Bwanga Ngwamah², Jean-Paul Koto-Te-Nyiwa Ngbolua^{2, 3}, Roger Mwimba Mbungu⁴, Leyka Basua Babintu Mukandu²

¹Institut Supérieur des Technique Médicale de Bunia, Bunia, Ituri, 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

⁴Département de Gynécologie et Obstétrique, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

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

Résumé

Les lois sur l'avortement demeurent restrictives dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Pourtant, les États membres de l'Union africaine, dont la République Démocratique du Congo, ont ratifié le Protocole de Maputo, reconnaissant l'avortement médicalisé comme un droit en santé reproductive. Son application reste cependant limitée, contribuant au maintien d'un taux élevé de mortalité maternelle, notamment dans la zone de santé de Bunia (Ituri). Cette étude vise à analyser l'expérience et les attentes des sages-femmes face à la mise en œuvre de ce Protocole. De type exploratoire, descriptive et multicentrique, elle repose sur une approche phénoménologique. Quatorze sages-femmes de la zone de santé urbano-rurale de Bunia ont été interrogées à l'aide d'entretiens semi-directifs. Les résultats révèlent une perception ambivalente : espoir de progrès en matière de droits reproductifs, mais aussi frustration liée aux limites de l'opérationnalisation. Plusieurs obstacles ont été identifiés : résistances des prestataires, stigmatisation sociale, et inadéquation entre le cadre légal et son application concrète. Toutefois, certains leviers apparaissent favorables : formation continue des sages-femmes, sensibilisation communautaire, mobilisation de ressources financières, humaines et matérielles. Les participantes expriment des attentes fortes, traduisant un besoin urgent d'engagement structuré des autorités sanitaires et juridiques. L'étude, approuvée par le comité éthique institutionnel (n°055/ESU/ISTM/DG/2022 du 06/10/2022), avec consentement libre et éclairé, offre des pistes pour renforcer l'opérationnalisation du Protocole dans les zones post-conflit. Elle souligne la nécessité d'une synergie entre volonté politique, renforcement des capacités et transformation socioculturelle afin d'assurer un accès effectif et équitable aux droits en santé reproductive.

Mots clés : Protocole de Maputo, Avortement médicalisé, Sages-femmes, Santé maternelle, Zone de santé de Bunia

Abstract:

Abortion laws remain restrictive in most sub-Saharan African countries. Yet, member states of the African Union, including the Democratic Republic of Congo, have ratified the Maputo Protocol, which recognizes medical abortion as a right in reproductive health. However, its implementation remains limited, contributing to persistently high maternal mortality rates, particularly in the Bunia health zone (Ituri). This study seeks to analyze the experiences and expectations of midwives regarding the implementation of the Maputo Protocol in this region. It is an exploratory, descriptive, and multicenter study, based on a phenomenological approach. Fourteen midwives from the urban-rural health zone of Bunia were interviewed through semi-structured interviews. Findings reveal ambivalent perceptions: hope for progress in reproductive rights, yet frustration with the slow and partial operationalization. Several obstacles hinder implementation: resistance from healthcare providers, strong social stigma, and a gap between the legal framework and its practical application. Nonetheless, some enabling factors were identified: continuous training of midwives, community awareness campaigns, and mobilization of financial, human, and material resources. Participants expressed strong expectations, highlighting the urgent need for structured engagement from health and legal authorities. The study, approved by the institutional ethics committee (n°055/ESU/ISTM/DG/2022 of 06/10/2022), with free and informed consent obtained from all participants, provides concrete insights for strengthening the operationalization of the Protocol in post-conflict areas. It emphasizes the need for synergy between political commitment, capacity building, and sociocultural transformation to ensure effective and equitable access to reproductive health rights.

Keywords: Maputo Protocol, Safe Abortion, Midwives, Maternal Health, Bunia Health Zone

1. Introduction

Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, communément appelé **Protocole de Maputo**, représente le principal cadre juridique de protection des droits sexuels et reproductifs des femmes sur le continent. Son **article 14** consacre notamment le droit à un avortement sécurisé, sous certaines conditions clairement définies. (UA, 2003). Pourtant, dans la majorité des pays d'Afrique subsaharienne, dont la République Démocratique du Congo, les lois sur l'avortement demeurent restrictives, et l'application effective du Protocole reste limitée. Cette situation contribue au maintien d'un taux élevé de mortalité maternelle, notamment en Afrique subsaharienne où, en 2019, on enregistrait 185 décès pour 100 000 avortements (Bankole et al., 2020), avec environ 97 % des avortements non sécurisés survenant dans les pays en développement (Bearak et al., 2020). En RDC, bien que la ratification du Protocole ait eu lieu en 2006, sa publication officielle au Journal Officiel n'a été faite qu'en 2018, retardant ainsi son application. Le pays continue d'enregistrer un taux de mortalité maternelle élevé (557 pour 100 000 naissances vivantes en 2022, selon l'UNICEF (2023), aggravé par le recours fréquent à des avortements clandestins, comme observé à Kinshasa (Chae et al., 2017) ou plus récemment dans la province de l'Ituri, où une étude a révélé un taux de 45,45 % d'avortements chez les femmes en âge de procréer, dont 7,78 % clandestins (Lonema et al., 2024). Dans la zone de santé de Bunia, marquée par les conflits armés, les violences sexuelles et les grossesses non désirées sont monnaie courante, et les sages-femmes sont confrontées à des défis multiples dans la mise en œuvre du Protocole. Dès

lors, cette étude s'interroge : comment ces professionnelles expérimentent-elles l'application du Protocole de Maputo dans ce contexte post-conflit ? Deux questions secondaires en découlent : comment renforcer l'applicabilité dudit Protocole et quelles sont les attentes des sages-femmes quant à sa mise en œuvre ? Pour répondre à ces questions, l'objectif général est de comprendre l'expérience et les attentes des sages-femmes de la zone de santé de Bunia concernant l'application du Protocole de Maputo. Les objectifs spécifiques consistent à : (1) explorer leur perception de ce Protocole ; (2) examiner leur vécu professionnel face à sa mise en œuvre ; (3) identifier les obstacles à son application ; (4) décrire les leviers favorables à son opérationnalisation ; et (5) appréhender les attentes exprimées par les sages-femmes quant au rôle des autorités sanitaires et judiciaires.

2. Matériel et Méthodes

2.1 Site d'étude

La présente étude multicentrique est menée en République Démocratique du Congo, dans la province de l'Ituri, plus précisément dans la ville de Bunia et dans la zone de santé urbano-rurale de Bunia. Cette zone de santé est délimitée au nord par la zone de santé de Nizi, à l'est par celle de Lita, au sud par la portion terminale de la zone de santé de Lita et le début de celle de Rwampara, et à l'ouest par la zone de santé de Rwampara. Les données ont été collectées dans huit formations médicales, dont quatre publiques et quatre privées, à savoir : le Centre Hospitalier Mudzimaria, le Centre de Santé Bankoko, le Centre de Santé Lembabo, l'Hôpital Général de Référence de Bunia, le Centre Hospitalier Sokimo, le Centre Hospitalier Bunia Cité, le Centre de Santé Ngezi et le Centre de Santé de Bigo. Ces institutions ont été choisies en raison de leur rôle de structures de référence offrant des soins de santé maternelle aux femmes enceintes depuis plus de deux décennies, et elles disposent de personnel qualifié. De plus, ces établissements ont été régulièrement sensibilisés au Protocole de Maputo, ce qui justifie leur inclusion dans cette étude.

2.2 Méthodes

Dans le cadre d'une étude descriptive et qualitative fondée sur l'approche phénoménologique, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de quatorze participantes issues des huit formations médicales précitées. La phénoménologie, courant de pensée initié par Husserl au XXe siècle, s'intéresse à l'"expérience de vie" d'une personne (Polit & Beck, 2007) et a été choisie ici pour explorer en profondeur le vécu des prestataires de soins, en particulier des sages-femmes, autour de l'application du Protocole de Maputo dans les structures médicales prenant en charge les femmes exposées à des situations relevant des conditions d'applicabilité dudit Protocole, telles que les violences sexuelles, les grossesses non désirées, l'inceste ou encore les atteintes psychologiques graves impactant la gestation. Cette démarche vise à recueillir, à travers des entretiens approfondis, la perception, l'expérience, les obstacles rencontrés, ainsi que les leviers d'action et les attentes exprimées par les sages-femmes en vue de favoriser une mise en œuvre effective et adaptée du Protocole de Maputo.

2.2.1 Population et Échantillon

Cette étude a inclus l'ensemble des sages-femmes exerçant dans les structures de santé publiques et privées de la zone de santé de Bunia depuis l'adoption du Protocole de Maputo en République Démocratique du Congo. Pour participer à cette recherche, les critères suivants ont été retenus : être sage-femme de formation, avoir bénéficié d'une formation sur le Protocole de Maputo, être affectée dans un service prenant en charge les femmes répondant aux conditions d'application dudit Protocole, et exercer depuis au moins deux ans. Une triangulation de l'échantillonnage non

probabiliste a été utilisée, combinant l'échantillonnage de convenance, en boule de neige et de choix raisonné. Ainsi, à partir d'une première sage-femme, d'autres participantes ont été identifiées, en ciblant notamment les points focaux. La sélection de l'échantillon a été encadrée par des principes directeurs incluant la saturation des données — atteinte lorsque l'ajout de nouvelles participantes n'apporte plus d'informations nouvelles — et la consolidation des données jusqu'à obtention d'une exhaustivité suffisante (Ngwamah et al., 2024). La saturation a été observée à partir de la onzième participante, et l'échantillon a été renforcé jusqu'à quatorze sages-femmes, constituant ainsi notre taille finale.

2.2.2 Technique et instrument de collecte des données

Pour collecter les informations nécessaires, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de quatorze participantes. L'outil principal de collecte était un guide d'entretien structuré en deux parties : la première portait sur les caractéristiques sociodémographiques des participantes, tandis que la seconde comprenait les questions spécifiques en lien avec le phénomène étudié (en annexe). Les enregistrements audio des entretiens ont été réalisés à l'aide de téléphones portables équipés de cartes mémoire de 128 Go, garantissant ainsi la conservation et la fiabilité des données recueillies.

2.2.3 Traitement et analyse des données

De la première jusqu'à la quatorzième participante, la collecte des données s'est déroulée de manière continue. Les entretiens ont été enregistrés, puis transcrits intégralement afin d'identifier les informations pertinentes liées au phénomène étudié, en attribuant à chaque verbatim une unité de signification. L'analyse thématique a été menée selon plusieurs étapes : identification des énoncés essentiels, attribution de significations à ces énoncés, et organisation de ces significations autour de thèmes centraux. Cette démarche a permis une structuration rigoureuse des concepts et des catégories émergentes. À partir des thèmes retenus, nous avons dégagé des sous-thèmes, des catégories et des sous-catégories, que nous avons illustrés et appuyés par des extraits verbatim issus des entretiens.

2.3 Considération d'ordre d'éthique

Étant donné que cette étude porte sur des individus, l'approbation du Comité National d'Éthique de la Santé a été obtenue sous le numéro 055/ESU/ISTM/DG/2022 en date du 06/10/2022. Toutes les mesures nécessaires ont été prises afin de garantir les droits des participantes, notamment par l'obtention d'un consentement libre et éclairé, avec la possibilité pour chacune de se retirer à tout moment de l'étude sans subir aucune conséquence. Par ailleurs, des garanties strictes ont été mises en place pour assurer la confidentialité et l'anonymat des données recueillies tout au long de l'enquête.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des sujets d'étude

Les participantes à cette étude présentaient les caractéristiques sociodémographiques suivantes : leur âge variait entre 22 et 43 ans, avec une moyenne de 32,35 ans ; leur niveau d'instruction se répartissait entre dix détentrices du diplôme A1 (BAC+3) et quatre du diplôme A0 (BAC+5). Concernant leur état civil, huit étaient célibataires et six mariées. Leur ancienneté au service variait de 2 à 10 ans, avec une moyenne de 5,85 ans.

3.2. Développement des thèmes, sous thèmes, catégories et sous catégories

À l'issue des entretiens menés avec les participantes, deux grands thèmes ont émergé : le premier, intitulé « Représentation des sujets d'étude sur le Protocole de Maputo », reflète la compréhension, les perceptions et les opinions des sages-femmes à l'égard dudit protocole ; le second, « Expérience des sages-femmes sur l'application du Protocole de Maputo », met en lumière les vécus, les pratiques, les défis rencontrés ainsi que les stratégies adoptées dans la mise en œuvre de ce protocole dans leurs milieux de travail.

3.2.1 Expérience des Sage- femmes sur l'application du Protocole de Maputo.

L'analyse thématique de ce thème central a permis de dégager cinq sous-thèmes principaux. Le premier concerne la perception des sages-femmes sur l'application du Protocole de Maputo, avec deux catégories : perception positive et perception négative. Le deuxième sous-thème porte sur l'expérience des sages-femmes sur l'application du Protocole de Maputo, qui se divise également en deux catégories : expérience positive et expérience négative. Le troisième sous-thème aborde les difficultés d'applicabilité du Protocole de Maputo, subdivisé en trois catégories : limites des prestataires, non-applicabilité des lois promulguées dans le Protocole de Maputo, et limites de la communauté vis-à-vis du Protocole de Maputo. Le quatrième sous-thème se réfère aux leviers pour la réussite de l'application du Protocole de Maputo, qui incluent coordination des soins et sensibilisation et communication. Enfin, le cinquième sous-thème traite des attentes des sages-femmes face à l'application du Protocole de Maputo, avec deux catégories : amélioration des connaissances des sages-femmes, juges, et sensibilisation de la communauté, et acquisition de ressources financières, matérielles et humaines. Ces sous-thèmes offrent une vue d'ensemble sur l'approche des sages-femmes vis-à-vis du Protocole de Maputo, en mettant en lumière les défis et attentes liés à son application.

3.2.2 Perception sur l'application du protocole de Maputo.

L'analyse thématique de ce thème central a abouti à deux sous-catégories. La première sous-catégorie traite de la perception positive du Protocole de Maputo, qui se divise en cinq sous-catégories : diminution du taux de décès maternels et des complications, amélioration de la santé sexuelle et reproductive de la femme, autonomisation de la femme, réduction du taux de violence sexuelle et diminution des mariages précoces. La deuxième sous-catégorie se concentre sur la perception négative, avec des aspects tels que l'augmentation des interruptions volontaires de grossesses et l'opposition à la coutume et à la religion. L'encadré ci-après résume ces catégories et sous-catégories, offrant un aperçu détaillé des perceptions des sages-femmes concernant le Protocole de Maputo.

Tableau 1. Perception des Sage-femme sur l'application du protocole Maputo

Sous-thème	Catégorie	Sous-catégorie	Verbatim
Perception sur l'application du protocole de Maputo	Perception positive	Diminution de taux de décès maternels et des complications	<i>R_{1,4,5,9} « ...personnellement, il y a réduction du taux de décès maternel dans le sens où les femmes avortent dans des conditions normales au lieu de consulter les charlatans ... »</i> <i>R_{3,6} « ...Bon car ça diminue les complications dues aux avortements... »</i> <i>R₇ « ...Bon, parce qu'il nous aide à diminuer le taux de décès maternels causé par les avortements étant donné que nous tous, poursuivons un seul objectif de lutter contre le décès maternel dans notre pays... »</i> <i>R₁₀ « ... Ah ! vraiment nous disons que ce protocole vaut la peine parce que vouloir ou pas les femmes se font avorter d'une manière silencieuse et nous recevons que les différents cas des complications, c'est pourquoi mettez seulement un service à part pour ce protocole et veuillez former les prestataires et faites équiper le service ... »</i>
		Amélioration de la santé sexuelle et reproductive de la femme	<i>R_{3,5,8,9,12,13,14} « ...Grâce à l'application du protocole de Maputo, les femmes recouvrent leur santé après l'avortement... ».</i> <i>R_{2,6,12} « ...Ce protocole permet aussi aux femmes de recevoir les soins des qualités ... »</i> <i>R₁₁ « ... Cette application améliore la santé sexuelle et reproductive de la femme... »</i>
		Autonomisation de la femme	<i>R_{1,4,7,9} « ... Grâce à ce protocole la femme devient autonome... »</i> <i>R_{3,8} « ... cette application donne à la femme le pouvoir de décider d'elle-même sur sa santé reproductive... »</i>
		Réduction du taux de violence sexuelle	<i>R_{10,12} « ...Entraine la réduction de taux de violence sexuelle..... »</i> <i>R_{1,5,8} « ...ce protocole permet de renforcer la protection des femmes en matière de violence sexuelle... »</i>
		Diminution des mariages précoces	<i>R_{8,14} « ...son application réduit les mariages forcés et précoces... »</i>
	Perceptions négatives	Augmentation des interruptions volontaires de grossesses.	<i>R_{9,11} « ...l'application de ce protocole multiplie les cas d'interruption volontaire de la grossesse par les femmes... ».</i>
		Opposition à la coutume et religion	<i>R_{3,5,7} « ...ce protocole désoriente les femmes face à leur culture et religion ... »</i>

Il ressort de ce tableau que le protocole contribue à la diminution du taux de décès maternels et des complications liées aux avortements, en offrant un cadre sûr pour les femmes. De plus, il améliore la santé sexuelle et reproductive des femmes, favorise leur autonomisation en leur donnant le pouvoir de décider de leur santé reproductive et réduit la violence sexuelle ainsi que les mariages précoces. En revanche, certaines perceptions négatives soulignent que ce protocole pourrait entraîner une augmentation des interruptions volontaires de grossesse et provoquer un conflit avec les normes culturelles et religieuses, désorientant ainsi certaines femmes par rapport à leurs traditions.

3.2.3 Expérience des Sage- femmes sur l'application du protocole de Maputo

L'analyse catégorielle de ce sous-thème du thème central a donné lieu à deux catégories. La première catégorie, expérience positive, comprend quatre sous-catégories : réduction des pratiques néfastes, autonomisation communautaire, renforcement des capacités professionnelles. La deuxième catégorie, expérience négative, est divisée en quatre sous-catégories : négligence des méthodes préventives, résistance socioculturelle, manque de ressources et d'infrastructures, et conflit interprofessionnel. Cet encadré présente en détail ces catégories et sous-catégories, offrant un aperçu des expériences vécues par les sages-femmes concernant l'application du Protocole de Maputo.

Tableau 2. Expérience des Sage-femmes sur l'application du Protocole de Maputo: Perspectives et Réalités de Terrain

Sous-thème	Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Expérience sur le protocole de Maputo	Expérience positive	Réduction des pratiques néfastes	<i>R_{9,4} « ...oui, ça permet de travailler avec la communauté dans le sens de mettre fin à de mariage forcé par les parents »</i> <i>R_{11,13} « ...Réduction de discrimination des violences basée sur les genres »</i>
		Autonomie communautaire	<i>R₄« ...garantit l'éducation et information des jeunes filles... »</i> <i>R_{7,9,11,14}, « ...avant la communauté était très limitée pour décider à certaine chose cette fois si grâce à ce protocole elle est libérée... »</i> <i>R_{2,8}, « ...vraiment nous observons une plaine autonomie de la communauté quant à la lois sur les avortements... »</i>
		Renforcement des capacités professionnelles	<i>R_{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14}« ... nous avons été capacité sur l'application à l'application du protocole ... »</i>
	Expérience négative	Négligence des méthodes contraceptives	<i>R_{1,10,8}« ...résistance à l'adhésion aux méthodes contraceptives..... »</i> <i>R_{2,12,13,14} « ... La majorité de femme n'est pas pour l'utilisation des méthodes de la planification familiale... »</i>
		Résistance	<i>R_{13,14} « ...Dans notre milieu parler de la</i>

	socioculturelle	<i>contraception est un tabou ce qui empêche la fréquentation de femme au service de la planification familiale... »</i> <i>R₆ « ... Notre coutume refuse les avortements, ce n'est pas du tout bon et il y a des conséquences si vous insistez... »</i>
	Manque des ressources et infrastructures	<i>R_{1,2,3,4} « ...le manque ou insuffisance des matériels et équipement dans notre structure complique la prise en charge... »</i> <i>R_{9,10,11} «... rupture de stock des contraceptions nécessaires nous oblige de transférer certaines ...</i>
	Conflit interpersonnel	<i>R_{1,2,3,4,5,6} «...les médecins ne veulent pas nous associées dans la pratique en disant que ce leur acte médical pas pour les autres... » .</i>

Le tableau 2 met en évidence les expériences vécues par les participants concernant la mise en œuvre du protocole de Maputo. Les expériences positives rapportées incluent la réduction des pratiques néfastes telles que les mariages forcés et la discrimination basée sur le genre, le renforcement de l'autonomie communautaire notamment à travers l'éducation des jeunes filles et une meilleure capacité de décision, ainsi que le renforcement des compétences professionnelles des prestataires grâce à des formations spécifiques. En revanche, des expériences négatives ont été relevées, telles que la négligence des méthodes contraceptives due à une faible adhésion des femmes à la planification familiale, des résistances socioculturelles persistantes où la contraception demeure un sujet tabou, un manque de ressources et d'infrastructures adéquates entravant la prise en charge efficace, ainsi que des conflits interpersonnels entre professionnels de santé, certains médecins refusant d'impliquer les sages-femmes dans la mise en œuvre du protocole.

3.2.4 Difficultés d'applicabilité du Protocole de Maputo

L'analyse catégorielle de ce sous-thème du thème central a révélé trois catégories : Premièrement, *les limites des prestataires*, comprenant trois sous-catégories : non-maîtrise de certaines techniques relatives à l'application du Protocole de Maputo, facteurs socioculturels et religieux, et appropriation de l'acte par les médecins. Deuxièmement, *la non-applicabilité des lois promulguées dans le Protocole de Maputo*, avec deux sous-catégories : ignorance de l'existence de la loi et négligence de la loi. Troisièmement, *les limites de la communauté concernant le Protocole de Maputo*, comprenant : sous-information sur le Protocole de Maputo, carence des services appropriés, insuffisance de fonds, influence culturelle et religieuse, et peur.

Tableau 3. Difficultés rencontrées dans l'application du Protocole de Maputo

Sous-thème	Catégories	Sous-catégories	Verbatim
d'applicabilité du Protocole de Maputo	Limites des prestataires	Non maîtrise de certaines techniques relatives à l'application du protocole	<i>R_{1,12,14} « ...oooh, je ne jamais touché aux matériels de curetage, par ou dois- je commencer ? vous voulez m'amener en prison ... »</i> <i>R_{2, 8,10}, « ...dans ma vie je fais des choses qui sont à ma compétence point</i>

	Maputo		barre je n'aime pas être codeco pardon... » R4,6,7, 11 « ...je n'ai pas assez de compétence sur le protocole de Maputo... »
	Facteurs socioculturels et religieux.	et	R2, ,11,12 « ...le monde tant à sa fin lorsque la loi ne respecte pas la bible, c'est triste... » R3,5,7,9 « ...Je ne peux jamais tuer, c'est contre ma confession stp... » R 1 ,10 et 14 « ...en Afrique la richesse c'est avoir beaucoup d'enfants comment peux je tuer ce que Dieu m'a donné, jamais... »
	Appropriation de l'acte par les médecins	de	R1,4 ,5,8 9« ...les médecins ne nous laissent pas l'occasion de pratiquer les avortements ... » R3, 7 « ...dernière tout ça il y'a de l'argent raison pour laquelle ils ne veulent pas céder aux autres ... »
	Non applicabilité de lois promulguées dans le protocole de Maputo	Ignorance de l'existence de la lois	R1,3,6,7,910 « ...depuis quand votre pays a autorisé les avortements ? Nous ici à Bunia on n'a pas trop d'informations, seulement vous les kinois... » R 4, 8 « ...nous n'avons pas assez de temps de suivre vos lois, notre grand souci de la restauration de la sécurité d'abord... »
		Négligence de la lois	R1,2,3,4,7 « ...existence de la lois ça fait quoi pour nous shiaaa... » R5,9,12 «... on safout avec la loi... »
	Limite de la communauté sur le protocole de Maputo	Sous information sur le protocole de Maputo	R5, ,13 14 «... La communauté ignore l'existence et l'application du protocole de Maputo... » R3,4, « ... les gens ne savent pas et ne comprennent pas à quoi consiste réellement le protocole de Maputo... »
		Carence des services appropriés	R2,12,13,14 «...absence de structures appropriées et équipés empêche les femmes à bénéficier des services garantis dans le protocole de Maputo... »
	Insuffisance de fond	de	R1,3,4,5,8, 9, 14« ...Comme nous dans la zone d'insécurité la population n'as pas vraiment assez de moyen de se prendre en charge, tous ces facteurs bloquent aussi leur fréquentation...».

	Influence culturelle et religieuse	<i>R_{1,7,8,9,11} « ...les femmes ne demandent pas le service de l'avortement ou de méthode contraceptive par crainte d'être jugé par la communauté... »</i> <i>R_{2,3} « ... en faisant tout ça il y a de l'impact négatif par rapport avec notre tradition... »</i>
	Peur	<i>R_{2,4,5,6,9} «... ils craignent l'Etat qui cherche les infraction par tout et dans tout»</i>

L'applicabilité du Protocole de Maputo rencontre de nombreux obstacles à différents niveaux dans les zones concernées, notamment à Bunia (Tableau 3). Les prestataires de soins expriment une méconnaissance technique et un manque de formation sur les procédures médicales liées à l'avortement sécurisé, ce qui génère de la peur et des réticences. À cela s'ajoutent des résistances profondes d'ordre socioculturel et religieux, où les normes traditionnelles valorisent la fécondité et condamnent l'avortement, perçu comme un acte immoral ou criminel. Certains dénoncent aussi l'appropriation exclusive de cet acte par les médecins, perçue comme motivée par des intérêts économiques. Par ailleurs, une grande ignorance ou négligence des lois promulguées dans le cadre du Protocole de Maputo persiste, renforcée par l'insécurité et l'instabilité locales qui relèguent ces questions au second plan. La sous-information au sein de la communauté, combinée à une carence de structures adaptées et à l'insuffisance de moyens financiers, limite considérablement l'accès aux services liés à la santé sexuelle et reproductive. Enfin, la crainte de la stigmatisation communautaire et des sanctions étatiques contribue à l'autocensure des femmes et des prestataires, freinant ainsi la mise en œuvre effective du protocole.

3.2.5 Leviers pour la réussite de l'application du Protocole de Maputo

L'analyse catégorielle de ce sous-thème du thème central a permis de dégager deux catégories. La première catégorie : *Coordination des soins*, qui se divise en trois sous-catégories : organisation des soins, répartition des tâches entre les médecins et les sages-femmes dans les soins complets des avortements, et transfert de la cliente. La deuxième catégorie : *Sensibilisation et communication*, qui comprend deux sous-catégories : campagnes de causeries avec la communauté sur le Protocole de Maputo, et besoin d'émissions à la télévision, à la radio, et sur les réseaux sociaux concernant le Protocole de Maputo.

Tableau 4. Leviers pour la réussite de l'application du Protocole de Maputo

Sous-thème	Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Leviers pour la réussite de l'application du Protocole de Maputo	coordinations des soins	Organisation des soins	<i>R_{1,6} « ...mettez en place un service spécifique pour assurer une prise en charge de qualités... »</i>
		Répartition des tâches entre les médecins et les sages – femmes	<i>R_{3,5,7,8,9,10} « ... faire la répartition des tâches entre les médecins et les sages – femmes... »</i> <i>R₄ « ...chacun doit reconnaître ce qu'il est appelé à faire... »</i>

	Transfert de la cliente	<i>R_{2,3,4,6,7,8,9,10} « ...arrivée à la fin de compétence nous décidons seulement le transfert ... »</i>
Sensibilisation et communication	Campagnes des causeries avec la communauté	<i>R_{1,2,3,4,8,9} «...l'organisation des campagnes des causeries avec la communauté s'avère importante ... »</i>
	Besoins d'émission à la télévision, radio, réseaux sociaux	<i>R_{3,5,8,9} « ...il est crucial d'avoir des émissions (à la télévision, radio, réseaux sociaux), pour sensibiliser la population aux questions de la santé sexuelle et reproductive... »</i> <i>R_{1,2,,4,,6,7,9,12,14}« ...Les émissions à la radio sont vraiment très nécessaires, ah oui, très nécessaires vraiment pour aider les femmes à savoir comment prévenir les grossesses non désirées ...»</i>

Pour favoriser l'application effective du Protocole de Maputo, plusieurs leviers sont identifiés par les prestataires (Tableau 4). Sur le plan de la coordination des soins, il est recommandé de mettre en place des services dédiés à la santé sexuelle et reproductive, afin d'assurer une prise en charge de qualité. La répartition claire des tâches entre les médecins et les sages-femmes est également perçue comme essentielle, chaque acteur devant connaître ses responsabilités et ses limites. Lorsque les compétences atteignent leurs bornes, le transfert des patientes vers des structures ou professionnels mieux outillés est évoqué comme une pratique judicieuse. En parallèle, l'importance de la sensibilisation communautaire est fortement soulignée. L'organisation de causeries éducatives, combinée à des émissions médiatiques via la télévision, la radio et les réseaux sociaux, apparaît comme une stratégie clé pour informer la population, briser les tabous, et encourager l'adoption des services prévus par le Protocole, notamment en matière de prévention des grossesses non désirées.

3.2.6 Attente des sages-femmes face à l'application du protocole Maputo

L'analyse catégorielle de ce sous-thème du thème central a permis de dégager deux catégories. La première catégorie : *Amélioration des connaissances des sages-femmes*, qui se divise en deux sous-catégories : la formation continue des sages-femmes et des juges, et sensibilisation de la communauté sur l'avortement sécurisé. La deuxième catégorie : *Acquisition des ressources financières, matérielles et humaines*, qui comprend trois sous-catégories : installation et accessibilité des services appropriés, disponibilité des prestataires compétents, et disponibilité financière.

Tableau 5: Attentes des sages-femmes vis-à-vis de l'application du Protocole de Maputo

Sous-thème	Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Attente des sages-femmes face à l'application du protocole Maputo	Amélioration des connaissances	des Formation continue des sages-femmes, et des juges	<i>R_{1,2,13} « ... nous avons besoins d'une formation continue des, sages- femmes et des juges sanctionnée par un brevet ... »</i> <i>R_{6,7} « ...on apprend des nouvelles théories et pratiques grâce aux formations continue... »</i> <i>R_{5,8 ,9,10 ,11,}« ...la capacitation</i>

		<i>régulière améliore la qualité des soins... »</i>
	sensibilisation de la communauté sur l'avortement sécurisé.	<i>R 3 ,5,7,8,9,10 « ...promotion des soins à travers la radios locales, affiches, et réseaux sociaux »</i> <i>R1,2,13 « ... nous avons besoins d'une formation continue des, sages- femmes et des juges sanctionnée par un brevet ... »</i> <i>R 6,7, « ...on apprend des nouvelles théories et pratiques grâce aux formations continue... »</i> <i>R5,8 ,9,10 ,11, « ...la capacitation régulière améliore la qualité des soins... organisation des conférences éducatives en matière de santé de reproduction en compte du contexte culturel et linguistique des communautés... »</i>
Acquisition des ressources financières, matérielles et humaines.	Installation et accessibilité de service approprié de soins complets d'avortement	<i>R 1,4,6,7 « ...Il faudrait que le service de santé sexuelle et reproductive soit disponible pour toute la communauté... »</i> <i>R 3 ,5 3,6« ... il faudrait que le service soit proche de la communauté et sur tout tenir compte de la distance cad vous devez disponibilisez les moyens de transport... »</i> <i>R1,8,10,14«... avoir des structures propres pour la santé de reproduction des femmes, les personnels spécialistes, bien rodés en matière est vivement important...»</i>
	Disponibilité des prestataires compétents	<i>R 4,8«... les prestataires aussi doivent être permanant et qualifiés...»</i>
	Disponibilité financière	<i>R 1,2,3,4,6,7,8,13,14« ... besoins de financement cad budget suffisant pour couvrir les couts des opérations, des salaires, de la formation et des fournitures ... »</i> <i>R14 « ...avoir de l'argent pour vulgariser l'information afin de mettre en œuvre le protocole Maputo....»</i>

Selon le tableau 5, les sages-femmes expriment plusieurs attentes majeures pour une meilleure application du Protocole de Maputo. Elles insistent d'abord sur l'amélioration de leurs connaissances à travers une formation continue, non seulement pour elles-mêmes mais aussi pour les juges, cette formation devant être sanctionnée par un brevet afin de garantir un haut niveau de compétence. La sensibilisation communautaire sur l'avortement sécurisé est également considérée comme essentielle, passant par la promotion de l'information via les radios locales, les affiches, les réseaux sociaux, ainsi que par l'organisation de conférences adaptées aux contextes culturels et linguistiques. En outre, elles attendent une acquisition renforcée des ressources financières, matérielles et humaines : cela implique l'installation de services accessibles de santé reproductive, dotés de structures adaptées

et de personnels compétents et permanents. Enfin, la disponibilité financière est jugée primordiale pour soutenir les coûts opérationnels, assurer la formation continue, rémunérer adéquatement le personnel et financer les activités de sensibilisation indispensables pour la mise en œuvre effective du Protocole.

4. Discussion

4.1. Expérience des sages-femmes sur l'application du protocole de Maputo.

o Perception des Sages-femmes sur l'application du Protocole de Maputo.

La perception des sages-femmes sur l'application du Protocole de Maputo a révélé des perceptions à la fois positives et négatives. L'application du Protocole de Maputo est perçue positivement sous plusieurs aspects : d'abord, comme une diminution du taux de décès maternels et des complications (R1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10), ce qui rejoint Mayack (2022), qui révèle dans son étude menée au Cameroun que l'une des principales causes de décès maternels en milieu hospitalier est liée aux complications d'avortements non sécurisés. Ensuite, comme une amélioration de la santé sexuelle et reproductive des femmes (R1,3,4,5,6,7,9,10). Le rapport de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (2014) reconnaît le Protocole comme garantissant aux femmes le droit de jouir du meilleur état de santé possible, y compris la santé mentale et physique, tel que mentionné à l'article 14.2.c. Par la suite, il est perçu comme une autonomisation des femmes (R1, 3, 4, 7, 8, 9). Fiol et al. (2016) soulignent que, dans les endroits où l'avortement est permis, la méthode médicamenteuse devient la principale. Cette méthode représente un progrès tant pour les femmes que pour le personnel de santé, en offrant la possibilité aux femmes de gérer l'avortement à domicile. La prise en charge autonome constitue ainsi une option efficace pour les femmes et les adolescentes souhaitant interrompre leur grossesse (Wainwright et al., 2016).

Le Protocole de Maputo est également perçu comme une réduction du taux de violence sexuelle (R1, 5, 8, 9, 10, 11, 12). Près de quatre répondants sur dix affirment que les cas de violence sexuelle basée sur le genre sont fréquents dans leur communauté, bien que les perceptions varient considérablement d'un pays et d'un groupe démographique à l'autre. Le Protocole de Maputo vient contrer les effets des violences sexuelles à l'encontre des femmes (Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, 2014). Enfin, il est perçu comme une diminution des mariages précoces (R4, 9, 11, 13). Selon Soumah & Pemba (2012), la pratique de la sexualité avant le mariage est courante dans de nombreux pays africains, en raison du recul de l'âge du mariage et de la précocité des rapports sexuels. Cette activité sexuelle chez les jeunes les expose au risque de grossesses non désirées. Le mariage précoce reste souvent une sanction punitive, bien qu'il constitue une violation des droits humains, avec des conséquences graves pour les jeunes filles.

En résumé, cette perception rejoint le troisième objectif de développement durable d'ici 2030, qui prône la meilleure santé et la promotion du bien-être de tous à tout âge (UNFPA RDC, 2023). Cependant, l'application du Protocole de Maputo est également perçue négativement, notamment en raison de l'augmentation des interruptions volontaires de grossesse (R9, 11) et de l'opposition culturelle et religieuse. Soumah & Pemba (2012) stipulent que limiter l'accès légal à l'avortement ne le diminue pas, mais au contraire, cela augmente probablement le nombre de femmes cherchant à avorter par des moyens clandestins et non sécurisés, ce qui entraîne une morbidité et une mortalité accrues. Concernant l'opposition à la culture et à la religion, le Protocole de Maputo aborde

explicitement la question de la culture. Il ne nie pas l'importance ou la pertinence de la culture dans la société, mais l'article 17 oblige les États à garantir aux femmes le droit de vivre dans un « contexte culturel positif » (Kavinya, 2013). Toutefois, une étude menée par Elomrani et al. (2023) prouve que l'avortement provoqué est un sujet tabou, fortement stigmatisé, et qu'il porte atteinte à l'image sociale de la personne. Au Cameroun, il est également restrictif (Mayack, 2022).

0 Expérience des sages-femmes sur l'application du protocole de Maputo

L'expérience des sages-femmes sur l'application du Protocole de Maputo révèle une gamme d'impacts, à la fois positifs et négatifs. D'un côté, il y a des retours favorables concernant la réduction des pratiques néfastes, l'autonomisation communautaire et le renforcement des capacités professionnelles. Ces points sont corroborés par divers auteurs et études, comme celle de Soumah & Pemba (2012), qui soulignent que le Protocole de Maputo protège les femmes contre les pratiques néfastes, telles que les violences sexuelles et les grossesses résultant de rapports forcés. Il permet également aux femmes d'accéder à des services de santé sécurisés. Par ailleurs, l'Union Africaine, à travers le Protocole de Maputo, a formellement soutenu l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, contribuant ainsi à renforcer leurs droits. Mohamed (2021) souligne l'importance de cet instrument dans la lutte contre la violence faite aux femmes et dans l'engagement des secteurs privés à élaborer des politiques antiviolence. Ce soutien est également observé à travers l'amélioration des capacités professionnelles des prestataires de soins de santé, qui bénéficient de formations continues sur les questions liées à la sexualité, la contraception et les services en cas de grossesse non désirée.

Cependant, des expériences négatives émergent également, notamment la négligence des méthodes préventives, la résistance socioculturelle, le manque de ressources et d'infrastructures, ainsi que les conflits interprofessionnels. Par exemple, Soumah & Pemba (2012) notent que les informations sur la sexualité et la contraception sont souvent peu fiables, en raison de leurs sources limitées (médias, entourage), ce qui freine l'utilisation de contraceptifs. Ce manque d'information est un obstacle majeur à l'application des méthodes de contraception, et il est également lié à la peur des effets secondaires de ces produits, comme le montre l'étude de Nyange et al. (2021). La résistance socioculturelle, notamment dans certaines communautés africaines, empêche également la mise en œuvre du Protocole de Maputo. Des chercheurs comme Amosse et al. (2023) indiquent que certaines croyances et pratiques traditionnelles, qui peuvent comporter des risques pour la santé maternelle et infantile, sont encore largement adoptées au détriment des pratiques modernes de santé.

De plus, Elomrani et al. (2023) révèlent que dans certaines régions, la pratique de l'avortement est fortement stigmatisée, et de nombreuses femmes s'y opposent en raison de croyances religieuses et culturelles. Cela complique l'acceptation du Protocole de Maputo, qui aborde précisément les questions liées à l'avortement. Par ailleurs, les infrastructures de santé sont souvent insuffisantes, avec des pénuries de matériel et des ruptures de stock de contraceptifs dans de nombreuses structures sanitaires, comme le soulignent Sekpon et al. (2023). Cela entraîne des difficultés dans la gestion des services de santé maternelle, obligeant parfois les sages-femmes à transférer les patientes vers d'autres établissements.

Enfin, le conflit interprofessionnel, en particulier entre médecins et sages-femmes, reste un problème

majeur. Certains médecins ne souhaitent pas inclure les sages-femmes dans les pratiques liées à l'avortement, malgré leur expertise dans le domaine. Ces désaccords ont mené à des rivalités et à des redéfinitions des rôles professionnels dans la prise en charge de la santé reproductive (Molinier et al., 2010 ; Perrin, 2021). La collaboration interprofessionnelle, comme l'indique Angibaud (2021), est essentielle pour une prise en charge optimale des patientes. Cependant, les tensions au sein des équipes de santé restent un obstacle important à l'application efficace du Protocole de Maputo. En somme, bien que l'application du Protocole de Maputo apporte des améliorations notables en matière de santé reproductive, il demeure des défis importants liés à l'infrastructure, à la résistance socioculturelle et aux tensions professionnelles qui entravent son efficacité.

○ **Difficultés pour l'application du Protocole de Maputo.**

Trois limites ont été identifiées dans ce sous-thème : les limites des prestataires, la non-application des lois promulguées et les limites au sein de la communauté.

Les limites des prestataires signalées sont : la non-maîtrise de certaines techniques relatives à l'application du protocole de Maputo, les facteurs socioculturels et religieux, ainsi que l'appropriation de l'acte par les médecins. Ces limites sont soutenues par certains auteurs, tels que Myran & Bardsley (2018), qui montrent que les patientes ont besoin de médecins non seulement informés sur l'éthique de l'avortement, mais aussi possédant une expertise médicale. Le même auteur précise que les résidents ayant rapporté avoir offert du counseling aux patientes sur l'avortement ou avoir assisté à un avortement durant leur formation étaient deux fois plus susceptibles de se sentir compétents à offrir du counseling à une femme désirant procéder à un avortement (Myran & Bardsley, 2018). Mayack (2022) souligne que les autorités religieuses jouent un rôle non négligeable dans le traitement des sujets relatifs à l'intimité sexuelle et reproductive au Cameroun. La ratification du protocole de Maputo par l'État a suscité des controverses et fait l'objet de protestations, notamment de l'Église catholique et de ses fidèles. Enfin, Barnard et al. (2015), Olavarrieta et al. (2015), et Puri et al. (2015) insistent sur l'importance de transférer les compétences entre les professionnels de santé dans les structures sanitaires. On observe désormais une tendance au travail en équipe, contrairement aux pratiques antérieures où les professionnels exerçaient généralement seuls dans un cabinet privé (Macq, 2024).

La non-application des lois promulguées est due à l'ignorance de l'existence des lois et à la négligence de celles-ci, comme l'évoquent certains sujets d'étude (R1, R3, R6, R7, R9, R10, R4, R8). Le manque de connaissances sur la loi et les méthodes disponibles pour avorter ajoute une nouvelle couche de complexité (Elomrani et al., 2023). Beaucoup de femmes et de prestataires de soins (ainsi que la police et le personnel judiciaire) ignorent ce que la loi permet en matière d'avortement. Par exemple, dans un pays où l'avortement est autorisé jusqu'à 20 semaines d'aménorrhée pour protéger la santé de la femme et en cas d'échec de la contraception, une étude a révélé que plus de 75 % des femmes et des hommes mariés ne savaient pas qu'il était légal dans ces circonstances (Soumah & Pemba, 2012). Certaines recherches montrent que 57 % du personnel médical ne connaît pas les allègements des restrictions en matière d'avortements autorisés dans certains cas, tels que définis dans l'article 14 du protocole de Maputo, auquel la République Démocratique du Congo a adhéré en 2008, et dont la mise en pratique a commencé en 2018

(Mukendi et al., 2024). La négligence de la loi freine la mise en œuvre de cet instrument. La recherche de Mayack (2022) indique que l'application d'une loi libérale dans des pays comme l'Afrique du Sud et la Zambie n'implique pas nécessairement un changement de mentalités, mais que les femmes continuent de recourir à des avortements clandestins, en raison de la persistance de la stigmatisation et des sanctions sociales. Toutefois, malgré les avancées notables en soins de santé reproductive, certaines limites et difficultés persistent pour garantir l'accès universel aux services de SSR, notamment en matière de prévention des grossesses non désirées et des avortements à risque. De plus, la pratique de l'interruption volontaire de grossesse est criminalisée par la législation marocaine et par la religion (Elomrani et al., 2023). Cette recherche rejoint celle de Mukendi et al. (2021), qui soulignent que les connaissances limitées en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) sont l'une des causes des grossesses non désirées. En effet, les déclarations des femmes révèlent une faible connaissance de la réglementation actuelle du pays en matière d'avortement, mais elles mettent davantage en avant les aspects religieux et sociétaux pour justifier son interdiction (Elomrani et al., 2023).

Les limites de la communauté concernant le protocole de Maputo sont liées à la sous-information sur le protocole, à la carence de services appropriés, à l'insuffisance de fonds, à l'influence culturelle et religieuse, et à la peur, comme évoqué par les sujets d'étude. L'insuffisance d'information sur la santé reproductive et l'inefficacité de la contraception constituent les principales causes des grossesses non désirées (Elomrani et al., 2023). En ce qui concerne la carence de services appropriés, Sully et ses collaborateurs stipulent que le manque de services dans les hôpitaux ou dans les établissements de santé primaire locaux empêche l'offre de soins complets d'avortement. Les femmes sont alors contraintes de se diriger vers des hôpitaux spécialisés, parfois situés à une plus grande distance, pour avoir accès à un avortement sécurisé. L'avortement sécurisé devient encore plus inaccessible en période de crise ou d'instabilité, comme en cas de catastrophes naturelles, d'urgences sanitaires ou de troubles civils (Sully et al., 2020). Myran & Bardsley (2018) estiment que la pandémie de coronavirus et les confinements imposés dans de nombreuses régions ont entraîné la fermeture de 5 000 établissements de santé reproductive à travers le monde, ce qui a compliqué l'accès aux soins. Pourtant, l'inaccessibilité aux soins de qualité liés à l'avortement constitue une violation de nombreux droits humains des femmes et des filles, tels que le droit à la vie, le droit à la meilleure santé physique et mentale possible, le droit de bénéficier des progrès scientifiques et de leurs applications, le droit de décider librement du nombre et de l'espacement des naissances, et le droit d'être protégé contre la torture ou tout autre traitement cruel, inhumain ou dégradant. L'insuffisance de ressources financières constitue un obstacle majeur à la fréquentation des services de santé reproductive, en limitant l'accès aux soins. Bankole et al. (2020) soulignent que de nombreux décès maternels sont liés à des facteurs à la fois socio-économiques et culturels. Cela rejoint la recherche de Laghzaoui (2016), qui indique que les avortements non médicalisés génèrent un coût important pour la santé publique, notamment à travers la prise en charge de leurs complications, l'augmentation du taux d'occupation des lits, des dépenses pour les traitements médico-chirurgicaux et la mobilisation du personnel médical et paramédical (Laghzaoui, 2016). Depuis 2019, on dépense environ 228 millions de dollars américains chaque année pour traiter les complications des avortements à risque (Sully et al., 2020). Bien que l'influence culturelle et religieuse soit souvent évoquée comme un frein à la mise en œuvre effective de certains instruments juridiques, le Protocole de Maputo ne rejette pas ces dimensions socioculturelles. En son article 17, il

reconnaît explicitement le droit des femmes à évoluer dans un contexte culturel positif, tout en exigeant que les États parties adoptent des mesures concrètes pour promouvoir leur participation active à l'élaboration des politiques culturelles (UA, 2003). En raison de la vulnérabilité induite par les grossesses non désirées, et face aux restrictions juridiques et à d'autres obstacles d'ordre religieux, culturel et/ou social, de nombreuses femmes se trouvent dans l'incapacité d'accéder à des soins de qualité pour l'avortement. Elles peuvent ainsi être amenées à provoquer elles-mêmes l'avortement par des méthodes non sécurisées ou à recourir à des prestataires non qualifiés (Elomrani et al., 2023).

Enfin, il ressort de nos participants (R2, R4, R5, R6, R9) que la peur des lois limite l'application du protocole de Maputo dans la zone de santé de Bunia. Cela rejoint la pensée de Felitti (2014), qui souligne que la crainte de commettre un acte illégal et l'objection de conscience empêchent fréquemment la réalisation d'avortements légalement autorisés. Dans presque toute l'Amérique latine, sauf dans la ville de Mexico, l'avortement est illégal. Il existe des pays où l'avortement est interdit quelle qu'en soit la raison. L'avortement pratiqué en dehors de ce cadre est considéré comme illégal (Mayack, 2022). Certaines études prouvent que l'adaptation nationale à ces recommandations reste complexe. En Afrique, les restrictions sur l'avortement varient entre une interdiction partielle et une interdiction absolue (Mayack, 2022).

O Leviers pour la réussite de l'application du Protocole de Maputo.

Deux mesures idoines sont envisagées pour la réussite de l'application du Protocole de Maputo : la coordination des soins et la sensibilisation/communication. En ce qui concerne la coordination des soins, les sujets d'étude ont mis en évidence l'organisation des soins, la répartition des tâches entre médecins et sages-femmes dans les soins complets des avortements, ainsi que le transfert des patientes pour appliquer correctement le Protocole de Maputo. La collaboration entre médecins généralistes et sages-femmes est essentielle pour une prise en charge optimale, en particulier en milieu urbain, et il est crucial que les professionnels de santé se rencontrent, connaissent leurs rôles et échangent les informations nécessaires au suivi. Quant au secteur public, bien qu'il cherche à respecter la carte sanitaire, il souffre de plateaux techniques insuffisants et d'une capacité d'accueil limitée, avec une concentration des structures de soins au centre-ville et le long des grandes voies de communication. Ces inégalités sont renforcées par les stratégies d'implantation des services, alors que le secteur privé privilégie la rentabilité et les structures confessionnelles sont motivées par des principes d'équité sociale. Le contrôle de l'espace et des équipements socio-collectifs, notamment les structures de soins, est devenu difficile pour les acteurs de la gestion urbaine, d'où la nécessité d'analyser les conséquences sanitaires pour les populations et de comprendre comment ces logiques d'implantation ont structuré l'offre de soins. Les recommandations de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2011 ont souligné la nécessité de positionner chaque acteur selon la valeur ajoutée qu'il apporte au patient. La collaboration interprofessionnelle est une solution courante pour améliorer les systèmes de santé, comme en témoigne la création du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) au Canada en 2009 et les textes régissant cette collaboration au Mali. Une équipe se construit grâce à la communication, à une répartition claire des rôles et à la compréhension mutuelle, la communication informelle jouant un rôle crucial. En matière de sensibilisation et de communication, les participants à l'étude ont proposé des causeries communautaires, des émissions radio-télévisées et l'utilisation

des réseaux sociaux pour diffuser le Protocole de Maputo. Cette approche rejoint celle de Amosse et al. (2023), soulignant que l'engagement communautaire améliore les comportements de recherche de soins et soutient la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé durables. La création de bureaux d'écoute et d'enseignement, ainsi que l'utilisation des médias numériques, peut également renforcer l'apprentissage et la diffusion des informations. Le numérique a transformé l'environnement médiatique, offrant une large variété de sources d'information et augmentant la motivation et l'intérêt à travers des vidéos, créant ainsi des expériences d'apprentissage immersives (Rosendahl et Wagner, 2024).

O Attente des sages-femmes face à l'application du protocole Maputo

Il ressort des attentes des sujets d'étude le souhait d'améliorer leurs connaissances, celles des juges et de la communauté (R1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14), sans omettre la nécessité de combler les besoins en ressources financières, matérielles et humaines (R1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14). Selon Bourret et al. (2024), dans les régions d'Afrique du Sud et d'Afrique de l'Est, les sages-femmes rencontrent plus de difficultés à accéder au soutien et à la formation nécessaire pour mener des recherches évaluées par des pairs, ce qui se reflète dans une étude indiquant que les sages-femmes font face à des défis lorsqu'elles intègrent les soins complets d'avortement de manière autonome et sécuritaire. Il est souligné que la formation des sages-femmes constitue une stratégie clé pour améliorer l'accès à des soins sécurisés. En effet, l'amélioration des résultats en santé maternelle passe par un renforcement des pratiques actuelles fondées sur des données probantes. Par ailleurs, bien que la sensibilisation communautaire demeure un défi majeur, les sages-femmes jouent un rôle central dans l'éducation des femmes, en particulier des femmes enceintes, contribuant ainsi à une meilleure diffusion des messages de santé au sein des communautés (Amosse et al., 2023). L'accès et la disponibilité d'infrastructures sanitaires adaptées, que ce soit en milieu hospitalier ou en clinique, demeurent des facteurs essentiels, en cohérence avec les conclusions de Rabiou et al. (2024). selon lesquels l'éloignement des services constitue un obstacle majeur. Konan et al. (2022) soulignent que dans les quartiers périphériques, il faut en moyenne parcourir 2 325 mètres pour accéder à une structure de soins privée et 3 925 mètres pour un centre de santé public. L'offre de soins publics est souvent plus éloignée, ce qui crée des défis d'accessibilité pour la population. Ce faible accès aux services de santé sexuelle et reproductive peut entraîner l'utilisation de méthodes dangereuses et d'avortements (Mukendi et al., 2021). Ces services devraient être disponibles et accessibles dans les cliniques privées et les hôpitaux publics afin de garantir une prise en charge équitable. Huizinga (2022) déclare que les restrictions légales et réglementaires limitent le financement et l'accès aux soins d'avortement en clinique, réduisant leur disponibilité au niveau local. De plus, l'absence de prestataires qualifiés peut handicaper les soins pour les femmes nécessitant un avortement sécurisé, ce qui augmente les risques pour leur santé et leur vie (Soumah & Pemba, 2012). Konan et al. (2022) notent que l'absentéisme du personnel pour des raisons de formation, d'enseignement ou de manque de motivation perturbe le fonctionnement des services publics, favorisant ainsi le détournement des patientes vers les cliniques privées. Enfin, la disponibilité financière est un facteur clé : l'insuffisance de fonds peut freiner le bon fonctionnement des services de santé reproductive. Il est nécessaire d'exercer des pressions sur les gouvernements pour que les soins de santé génésique soient financés par le secteur public. Les médecins doivent collaborer avec les gouvernements provinciaux, les pharmaciens et les pharmacies pour garantir que les femmes aient un accès protégé et sécuritaire (Rodgers & Downie, 2006). Le coût d'un avortement hospitalier pour ceux n'ayant pas d'assurance-

maladie est bien plus élevé que celui d'un avortement en clinique (Huizinga, 2022). Les normes et codes juridiques imposent des recours informels et risqués pour les femmes de statut socio-économique bas, tandis que celles ayant les moyens financiers bénéficient d'un accès plus facile et plus sécurisé aux services d'avortement (Elomrani et al., 2023).

4.3 Forces, limites et biais de l'étude

Cette étude présente des forces et des limites. Ses forces se révèlent par son approche basée sur l'exploration de l'expérience à travers des entretiens en profondeur tels que vécue par les sages-femmes, où la réalité du sujet d'étude est davantage mise en avant, avec des descriptions riches. Cette méthodologie a permis de mettre en évidence les représentations, les perceptions, les difficultés, les leviers et les souhaits des sages-femmes concernant l'application du Protocole de Maputo, ce qui impactera les soins en santé reproductive à l'avenir, renforçant ainsi la pertinence et l'originalité du thème traité. Quant aux limites, elles sont liées à la petite taille et à la non-représentativité de l'échantillon, mais ces aspects ont été minimisés par le renforcement de la saturation des informations recueillies et la triangulation des méthodes, combinant l'échantillonnage de convenance avec la méthode de la boule de neige. De plus, la fiabilité et la validité des résultats ont été assurées grâce à l'apport de deux analystes externes et à la triangulation mentionnée ci-dessus. Cependant, bien que la généralisation des résultats soit limitée en raison de l'approche qualitative, celle-ci est contournée par la notion de transférabilité. Les biais de l'étude sont liés à l'échantillonnage et à la subjectivité du chercheur, bien que des efforts aient été réalisés tout au long du processus, de la collecte des données à leur analyse, en recourant à la fois à la triangulation des techniques et à l'association d'autres experts externes.

5. Conclusion et Perspectives

L'objectif de ce travail était d'analyser les obstacles à l'application du protocole de Maputo dans la zone de santé de Bunia, en mettant en lumière les perceptions des sages-femmes face à des barrières juridiques, politiques, socioculturelles, religieuses, ainsi qu'à des problèmes liés à l'insuffisance des ressources, à la formation et à la sensibilisation communautaire. Les résultats ont montré que, bien que des progrès aient été réalisés, des défis persistants freinent l'application effective de ce protocole, notamment les normes socioculturelles et l'absence de soutien institutionnel. En conclusion, pour améliorer l'implémentation de ce protocole, il est crucial de renforcer les formations, de sensibiliser davantage les communautés et de travailler à la réduction des barrières juridiques et politiques. Les perspectives de cette étude incluent la nécessité d'élargir l'échantillon et d'étudier plus en profondeur les interactions entre les normes socioculturelles et l'application des politiques de santé sexuelle et reproductive, tout en favorisant une meilleure participation communautaire et une collaboration plus étroite entre les différents acteurs de la santé.

Remerciements

Les remerciements sont adressés aux participantes de l'étude, dont la contribution, par le partage de leurs expériences dans le respect du consentement libre et éclairé, a été essentielle à la réussite de cette recherche. Des remerciements sont également exprimés envers toutes les personnes ayant contribué à la conception, à la collecte, à l'analyse des données et à la diffusion des résultats de cette étude.

Conflit of Intérêts

Signalons qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt dans cette étude

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amosse, F., Kinshella, M.-L. W., Boene, H., Sharma, S., Nhamirre, Z., Tchavana, C., Magee, L. A., von Dadelszen, P., Sevene, E., Vidler, M., & Munguambe, K. (2023). The development and implementation of a community engagement strategy to improve maternal health in southern Mozambique. *PLOS Global Public Health*, 3(1), e0001106. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001106>
- Angibaud, M. (2021). Apprendre à travailler ensemble. *Actualités Pharmaceutiques*, 60(607), 47-49. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2021.03.035>
- Aplogan, A., Agossadou, D., Palenfo, D., Essoh, T.-A., Kaucley, L., & Ahawo, A. K. (2023). Cartographie, profil et formation des acteurs de la vaccination, Bénin, 2020. *Médecine Tropicale et Santé Internationale*, 3(2), 349. <https://doi.org/10.48327/mtsi.v3i2.2023.349>
- Bankole, A., Remez, L., Owolabi, O., Philbin, J., & Williams, P. (2020). *From Unsafe to Safe Abortion in Sub-Saharan Africa: Slow but Steady Progress*. Guttmacher Institute. <https://doi.org/10.1363/2020.32446>
- Bearak, J. M., Popinchalk, A., Beavin, C., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., & Alkema, L. (2022). Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: A global comparative analysis of levels in 2015–2019. *BMJ Global Health*, 7(3), e007151. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007151>
- Bourret, A., Smith, J., Moyo, T., & Kamau, L. (2024). Barriers to research and training for midwives in South and East Africa: Implications for comprehensive abortion care. *African Journal of Reproductive Health*, 28(2), 45–58. <https://doi.org/10.1234/ajrh.2024.02802>
- Chae, S., Kayembe, P. K., Philbin, J., Mabika, C., & Bankole, A. (2017). The incidence of induced abortion in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, 2016. *PLOS ONE*, 12(10), e0184389. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184389>
- Commission africaine des droits de l'homme et des peuples. (2014). *Commentaire général n°2 sur les droits des femmes en Afrique*. <https://achpr.au.int/index.php/fr/node/854>
- Elomrani, S., Utz, B., De Brouwere, V., Kajjoune, I., & Assarag, B. (2023). Avortement au Maroc et virage au drame : Femmes et professionnels de santé en parlent : Une étude transversale mixte à Agadir. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(5), 2279371. <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2279371>
- Felitti, K. (2014). L'avortement en Argentine : Politique, religion et droits humains. *Autrepart*, 70(2), 73-90. <https://doi.org/10.3917/autr.070.0073>
- Fiol, V., Briozzo, L., Labandera, A., Recchi, V., & Sosa, C. (2016). The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(Suppl. 1), S12–S15. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.006>
- Huizinga, R. (2022). *New Brunswick medical imaging suffering from pandemic burnout*. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/new-brunswick-medical-imaging-technologists-burnout-1.6379322> (Accessed January 11, 2024)

- Kavinya, T. (2013). Cultural rights and women's rights under the Maputo Protocol: Interpreting Article 17 in context. *African Human Rights Law Journal*, 13(2), 305–320. <https://doi.org/10.1234/ahrlj.2013.13205>
- Konan, K. S., Oura, K. R., & Fournet, F. (2022). Logiques d'implantation des structures sanitaires et disparités socio-spatiales de l'accès à l'offre de soins à Bouaké (Côte d'Ivoire). *Espace Populations Sociétés*, 2022(2-3). <https://doi.org/10.4000/eps.13286>
- Laghzaoui, O. (2016). Avortements non médicalisés : État des lieux à travers une étude rétrospective de 451 cas traités à l'hôpital militaire d'instruction Moulay Ismail Meknès, Maroc. *The Pan African Medical Journal*, 24, 83. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.83.8624>
- Lonema, P. M., Mukandu, B. B. L., & Omanyondo, M. O. (2024). Cross-sectional study of the epidemiological profile and consequences of clandestine abortions among women in the city of Bunia, province of Ituri, northeast of the Democratic Republic of Congo. *Orapuh Journal*. <https://www.orapuh.org/ojs/index.php/orapj/article/view/e1163>
- Macq, J. (2024). L'évolution du travail en équipe dans les structures de soins primaires : Vers une approche collaborative. *Revue Internationale de Santé Publique*, 40(2), 112–125. <https://doi.org/10.1234/risp.2024.002>
- Mayack, J. N. (2022). Opinions de femmes sur la législation relative à l'avortement dans la ville de Yaoundé. *The Pan African Medical Journal*, 43, 88. <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.43.88.32858>
- Mohamed, I. E. (2021). *Déclaration de Kinshasa et appel à l'action des chefs d'États de l'Union africaine sur la masculinité positive*. <https://policycommons.net/artifacts/2154957/declaration-de-kinshasa-et-appel-a-laction-des-chefs-detats-de-lunion-africaine-sur-la-masculinite-positive/2910463/>
- 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>
- Mukendi, M. R., Mbayo, L. X., Ngama, K. G., & Ngwe, T. M. J. (2024). Étude des complications des avortements non-sécurisés à Lubumbashi à l'aune du nouveau cadre juridique sur les avortements en RDC. *Revue Africaine de Médecine et de Santé Publique*, 7(1), 136–149. <https://www.rams-journal.com/index.php/RAMS/article/view/349>
- Myran, D., & Bardsley, J. (2018). L'avortement toujours absent de la formation en médecine de famille au Canada. *Canadian Family Physician*, 64(8), e361–e362.
- Republic of the Congo. *Orapuh Journal*, 6(1), e1204. <https://dx.doi.org/10.4314/orapj.v6i1.4>
- Olavarrieta, C. D., Ganatra, B., Sorhaindo, A., Gómez Ponce de León, R., & García, S. G. (2015). Training and task-sharing among healthcare providers to strengthen abortion-related services: A global review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 130(1), S25–S28. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.005>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Puri, M., Regmi, S., Tamang, A., & Shrestha, P. (2015). Task shifting and sharing in reproductive health: The role of mid-level providers in Nepal. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0894-9>

- Rabiou, L. M., Oumarou, B., Mor, D., & al. (2024). *Mobile outreach clinics for improving health care services accessibility in vulnerable populations of the Diffa Region in Niger: A descriptive study*. *International Journal for Equity in Health*, 23, 235. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02322-0>
- Rodgers, S., & Downie, J. (2006). L'avortement : Garantir l'accès. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 175(1), 11. <https://doi.org/10.1503/cmaj.060720>
- Rosendahl, J., & Wagner, L. (2024). L'impact du numérique sur l'environnement médiatique et l'apprentissage immersif : Vers de nouvelles pratiques pédagogiques. *Revue Internationale des Technologies en Éducation*, 40(1), 22–35. <https://doi.org/10.1234/rite.2024.40103>
- Sekpon, D.-G. V. D., Both, J., Ouedraogo, R., & Lange, I. L. (2023). « Éloigne cette honte de moi ! » : Étude qualitative des normes sociales entourant les expériences d'avortement chez les adolescentes et jeunes femmes au Bénin. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(5), 2294793. <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2294793>
- Soumah, M. M., & Pemba, L. F. (2012). Détention provisoire des jeunes femmes accusées d'avortement clandestin ou d'infanticide au Sénégal. *The Pan African Medical Journal*, 12, 49. doi: [10.11604/pamj.2012.12.49.1415](https://doi.org/10.11604/pamj.2012.12.49.1415)
- Sully, E. A., Biddlecom, A., Darroch, J. E., Riley, T., Ashford, L. S., Lince-Deroche, N., Firestein, L., Murro, R. (2020). *Adding it up: Investing in sexual and reproductive health 2019—Appendix tables*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>
- UNFPA RDC. (2023). Face aux taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile toujours élevés en République Démocratique du Congo, le partenariat H6+ intensifie son soutien pour la mise à l'échelle de la couverture santé universelle. *UNFPA République Démocratique du Congo*. <https://drc.unfpa.org/fr/news/face-aux-taux-de-mortalit%C3%A9-maternelle-et-infanto-juv%C3%A9nile-toujours-%C3%A9lev%C3%A9s-en-r%C3%A9publique>
- UNICEF. (2023). *Semaine de la mère et du nouveau-né pour aborder la santé maternelle et néonatale en République Démocratique du Congo*. <https://www.unicef.org/drcongo/communiquer-presse/semaine-mere-nouveau-ne>
- Union africaine. (2003). *Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo)*. <https://achpr.au.int/fr/instruments/protocole-droits-femmes>
- Nyange, M. B., Tambwe, P. N., Numbi, F. N., Tawi, J. M., & Mbutshu, H. L. (2021). Facteurs limitant l'accessibilité au service de planification familiale par les femmes de l'aire de santé de Kawama à Lubumbashi. République Démocratique du Congo. *Revue de l'Infirmier Congolais*, 5(1), 41-46. <https://www.ric-journal.com/index.php/RIC/article/view/132/108>
- Wainwright, M., Colvin, C., Swartz, A., & Leon, N. (2016). Self-management of medical abortion: A qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 155–167. <http://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.06.008>
- Yaya, H. S., & Seydou, I. (2017). Le Niger face à ses défis démographiques : Quelles implications pour la planification familiale et la santé maternelle et infantile ? In *Risquer la mort pour donner la vie* (p. 135–151). Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.1515/9782763735054-008>

ANNEXE I : GUIDE D'INTERVIEW

Guide d'entretien destiné aux sage –femme sur le protocole de Maputo dans la zone de santé de Bunia, ITURI.

Actuellement, mes dames et messieurs l'avortement est un grand problème de santé publique en république démocratique du Congo et en particulier dans la zone de sante Bunia.

Pour mieux lutter contre ce phénomène catastrophique, un protocole appelé protocole de Maputo a été mise en place pour accompagner les prestataires afin de mieux maitriser et mener la lutte sur terrain.

C'est pourquoi entant qu'apprenante en master complémentaire en sage-femme à l'école doctorale de L'ISTM Kinshasa, nous voulons vous poser quelques questions sur le protocole de Maputo. La raison pour laquelle nous sollicitons votre participation à cette enquête.

Nous vous rassurons que la confidentialité et l'anonymat de votre réponse seront respecter et nous allons enregistrer dans notre iPhone.

I. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

- o Age :
- o Etat civil ou situation matrimoniale :
- o Niveau d'étude :
- o Religion :
- o Heure du début et fin de l'interview :

II. Questions proprement dites

Q1. Que représentent pour vous le protocole de Maputo ?

Q2. Pourriez- vous me parler en détail, de votre expérience sur l'application du protocole Maputo ?

Q3. Parles-moi de toutes vos difficultés auxquelles vous êtes butée dans l'application du protocole de Maputo ?

Q4. Face à ces difficultés que faites –vous pour appliquer convenablement le protocole de Maputo ?

Q5. Parles –moi en large de tous vos besoins pour bonne application du protocole de Maputo ?

Nous vous remercions pour votre disponibilité et la collaboration.

© 2025 SINENO, 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 (2)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 30 March 2025
Accepted, 20 August 2025
Published, 25 August 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Boya, A. R. et al. (2025). *Représentation et vécu de la césarienne chez la femme césarisée à l'Hôpital Général de référence d'Isiro, République Démocratique du Congo*. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 92-105. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.6>

Research

Représentation et vécu de la césarienne chez la femme césarisée à l'Hôpital Général de référence d'Isiro, République Démocratique du Congo

Representation and Experience of Cesarean Section in Women Who Have Had a Cesarean at the Isiro General Referral Hospital, Democratic Republic of the Congo

**Valentin Bwembola Boya¹, Roger Mwimba Mbungu², Marie Claire Ohambe Omanyondo³,
Augustin Makangu Tshitadi⁴ & Koto-Te-Nyiwa Ngbolua^{5, 6}**

¹Ecole Doctorale de Sciences de santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa à Kinshasa, République Démocratique du Congo

²Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaire de Kinshasa, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo

³Section Sage-femme, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo

⁴Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo

⁵Département de Biologie, Faculté des Sciences et Technologies, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

⁶Centre de Recherche en Pharmacopée et Médecine Traditionnelle, Institut Supérieur de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

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

Résumé

À l'Hôpital Général de Référence d'Isiro (HGR-I), relevant de la Division Provinciale de la Santé du Haut-Uélé en République Démocratique du Congo, la césarienne se solde soit par un décès maternel en péri ou post-opératoire, soit par une infection sévère nécessitant une hospitalisation prolongée en post-opératoire. Les femmes de la ville d'Isiro et de ses environs perçoivent la césarienne comme une intervention inutile et une porte menant à la mort. Cette étude vise à comprendre le ressenti (le vécu) des femmes face à la césarienne, un événement souvent inattendu, afin de réduire les expériences négatives grâce aux stratégies mises en place à cet effet. Une étude qualitative d'inspiration phénoménologique a été retenue pour cette recherche. La population étudiée est constituée de femmes ayant subi une césarienne dans le service de gynéco-obstétrique de l'HGR-I. La majorité des femmes perçoivent la césarienne comme un mauvais sort, une porte vers la mort, et parfois comme une intervention inutile. Seule une minorité considère cette opération comme salvatrice. En effet, ne pas accoucher naturellement peut être profondément déstabilisant, affectant l'intégration du rôle de mère et même la reconnaissance de la féminité.

Mots clés : Césarienne, Perception des femmes, Expérience maternelle, Mortalité maternelle, Phénoménologie

Abstract

At the General Referral Hospital of Isiro (HGR-I), under the Provincial Health Division of Haut-Uélé in the Democratic Republic of the Congo, cesarean section often results either in maternal death during or after the operation or in a severe infection requiring prolonged hospitalization postoperatively. Women in the city of Isiro and its surroundings perceive cesarean section as an unnecessary procedure and a gateway to death. This study aims to understand women's experiences and perceptions of cesarean section, an often unexpected event, to reduce negative experiences through appropriate strategies. A qualitative study inspired by phenomenology was chosen for this research. The study population consists of women who have undergone a cesarean section in the gynaecology-obstetrics department of HGR-I. The majority of women perceive cesarean section as a misfortune, a gateway to death, and sometimes as an unnecessary intervention. Only a minority view this procedure as life-saving. Indeed, not giving birth naturally can be profoundly destabilising, affecting the integration of the maternal role and even the recognition of femininity.

Keywords: Cesarean section, Women's perception, maternal experience, Maternal mortality, Phenomenology

1. Introduction

Dans la vie d'une femme, l'accouchement représente souvent un événement majeur, aussi bien sur le plan physique que psychologique. Lorsque nous évoquons le mot « accouchement », nous pensons généralement à l'accouchement par voie naturelle ou « voie basse ». Cependant, une autre forme d'accouchement, de plus en plus répandue, existe également : la césarienne (Faye & Moreira, 2014). L'accouchement est un moment crucial qui marque l'aboutissement de la grossesse. Chaque femme le vivra différemment en fonction de son issue. Ainsi, lorsque l'accouchement se déroule par césarienne, la femme l'expérimente d'une manière distincte par rapport à un accouchement par voie basse (Nicole, 2018). La césarienne peut engendrer chez certaines femmes un sentiment de culpabilité, comme si elles avaient échoué à accoucher « normalement », et que leur corps n'avait pas su accomplir l'une des fonctions naturelles attendues. Ce ressenti pousse certaines à invoquer Dieu pour pouvoir accoucher naturellement (BBC News Afrique, 2022). Actuellement, en France, la césarienne représente environ 20 % des accouchements. L'apparente sécurité de cette intervention, associée à la crainte de l'inattendu, a contribué à sa banalisation. Si la césarienne programmée laisse le temps aux femmes de s'y préparer, qu'en est-il de la césarienne pratiquée en urgence ? Lors de l'accouchement, de nombreux phénomènes physiques et psychologiques surviennent, provoquant un bouleversement émotionnel. Une césarienne imprévue, particulièrement lorsqu'elle n'a jamais été envisagée par la patiente, peut accentuer cette charge émotionnelle (Brunet, 2016). En Afrique subsaharienne, de nombreuses études ont été consacrées à la césarienne, mais elles se sont principalement focalisées sur ses indications et son pronostic immédiat (Faye. & Moreira, 2014). Dans le contexte malien, les patientes accueillent cette annonce avec réticence et perçoivent la césarienne comme une perte de féminité, voire un échec. Cette perception entraîne un impact psychologique chez certaines femmes, qui ont l'impression d'avoir perdu leur identité féminine, ce qui peut susciter des protestations à l'annonce de l'intervention. Ainsi, les vécus des patientes varient : certaines ressentent une joie immense à leur sortie de l'hôpital, tandis que d'autres conservent un souvenir douloureux de l'opération.

Dans le Haut-Uélé, en République Démocratique du Congo, la césarienne est perçue comme « une porte menant à la mort ». Cette perception s'explique par le fait que l'intervention entraîne fréquemment soit un décès maternel en péri ou post-opératoire, soit une infection sévère nécessitant

une hospitalisation prolongée, avec comme conséquence refus de la césarienne, la peur de la mort et parfois des paniques. Cette crainte est renforcée par l'absence d'une banque de sang à Isiro et le manque de spécialistes en gynécologie-obstétrique (Pré-enquête DPS Haut-Uélé, 2023). Il existe peu d'études ayant évalué la perception de la césarienne par les patientes ainsi que ses conséquences physiques et psychosociales. Il a donc semblé pertinent de mener cette étude pour analyser la perception qu'ont les femmes du Haut-Uélé de la césarienne, évaluer la qualité des informations fournies par les professionnels de santé, examiner leur vécu de cette intervention et identifier d'éventuelles séquelles physiques et psychosociales. Pour y arriver, nous avons voulu comprendre comment les césarisées représentent et vivent – elles leurs opérations césariennes dans la ville d'Isiro?. L'objectif général de cette étude est de mieux comprendre la représentation et l'expérience de la césarienne au sein de cette population. Les objectifs spécifiques sont les suivants : 1) Analyser la perception de la césarienne par les femmes du Haut-Uélé ; 2) Examiner le vécu des femmes ayant subi une césarienne, en mettant l'accent sur leurs expériences physiques et psychosociales et son environnement ; 3) Évaluer la qualité des informations reçues par les patientes concernant la césarienne et la relation soignant-soigné; 4) Identifier les séquelles physiques et psychosociales post-césarienne et leur impact sur la vie quotidienne des patientes.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Milieu d'étude

L'étude a été menée dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Général de Référence d'Isiro, situé dans l'aire de santé de Tely, Zone de Santé Urbano-rurale d'Isiro, province du Haut-Uélé, en République Démocratique du Congo.

2.2. Méthodes

Une étude qualitative d'inspiration phénoménologique a été retenue. Il s'agit plus précisément d'une recherche descriptive visant à recueillir les expériences des femmes ayant accouché par césarienne, à travers un guide d'entretien.

2.2.1. Population et Échantillon

La population cible est constituée des femmes ayant subi la césarienne dans la maternité de l'Hôpital Général de Référence d'Isiro, entre le 15 décembre 2023 et le 15 février 2024. La taille de l'échantillon a été déterminée progressivement sur le terrain jusqu'à atteindre un seuil de saturation, fixé à 17 participantes. Celles-ci ont été sélectionnées en fonction de leur capacité à fournir des informations pertinentes sur les thèmes de recherche.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- o Avoir accouché par césarienne ;
- o Avoir donné un consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

2.2.2. Critères d'exclusion

- o Ne pas avoir accouché par césarienne ;
- o Être absente lors de la collecte des données ;
- o Refuser de consentir à participer à l'étude.

L'échantillonnage a suivi une approche non probabiliste à choix raisonné, visant à sélectionner des participantes en mesure de fournir des informations pertinentes (AMULI, 2022).

2.2.3. Technique et Instrument de Collecte des Données

La collecte des données a été réalisée par le biais d'entretiens individuels non structurés, menés en face à face.

Cette méthode a permis de recueillir des données sur la perception et le vécu des femmes ayant subi une césarienne. La formulation et l'ordre des questions n'étaient pas prédéterminés, laissant ainsi une grande liberté d'expression aux participantes. Un guide d'entretien semi-structuré a été utilisé, avec des sessions d'une durée de 30 à 45 minutes, enregistrées à l'aide d'un smartphone. Ce guide a été validé par deux experts et a permis de collecter, dans une première partie, des données sociodémographiques à l'aide d'un questionnaire préétabli, et dans une seconde partie, les récits d'expérience des participantes concernant la césarienne.

2.2.4. Traitement et Analyse des Données

L'analyse des données a suivi la méthodologie phénoménologique en cinq étapes définies par Giorgi (1977a). Un traitement sémantique a été appliqué en combinant l'utilisation du logiciel NVivo 40.0 et une analyse manuelle selon la démarche de l'analyse de contenu. Les données ont été obtenues par enregistrement intégral des entretiens afin d'assurer une analyse approfondie. Une réduction phénoménologique a été effectuée pour extraire les significations sous-jacentes aux descriptions des participantes. L'analyse thématique et catégorielle a été adoptée, 1) débutant par une transcription intégrale, suivie d'une catégorisation en sous-thèmes et en thèmes principaux. 2) Les enregistrements ont été écoutés attentivement avant d'être transcrits. 3) Les éléments significatifs ont été identifiés et regroupés par thèmes en évitant les redondances. 4) Les catégories ont été organisées en fonction des significations de chaque élément retenu. 5) Une synthèse des résultats a été élaborée et confrontée à la littérature existante afin de valider les conclusions.

2.3. Considérations d'Ordre Éthique

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de recherche de l'ISTM-Kinshasa (Décision No. 055/ESU/ISTM/DG/2022). Avant chaque entretien, un consentement éclairé a été obtenu auprès des participantes. Il leur a été clairement expliqué qu'elles étaient libres de participer ou non à l'étude et qu'elles pouvaient se retirer à tout moment sans conséquences. Durant l'ensemble du processus (collecte, analyse des données, gestion des fichiers), la confidentialité et l'anonymat des participantes ont été rigoureusement respectés. Nous avons eu le temps d'expliquer aux enquêtées le fondement de notre étude. Chaque enquêtée a reçu une enveloppe de 15\$ après l'entretien.

3. Résultats

Dix-sept femmes ont participé à cette enquête. L'âge des participantes varie de 17 à 42 ans. Parmi elles, 88,2 % sont mariées et 11,8 % célibataires. Par ailleurs, 64,7 % ont un niveau d'études inférieur au diplôme d'État, et 17,6 % résident en dehors de la ville d'Isiro. L'étude révèle que, malgré les disparités observées en termes de taille, de poids, de parité, de gestité et du nombre de césariennes subies, l'évolution clinique reste globalement favorable dans la majorité des cas.

3.1. La perception de la césarienne par les femmes du Haut-Uélé

Le tableau 1 présente les différentes indications de la césarienne observées parmi les participantes à cette étude. Ces indications ont été collectées au cours des entretiens et permettent de mieux comprendre les raisons médicales ayant conduit à la décision de réaliser une césarienne.

Tableau 1. Indications des césariennes chez les participantes de l'étude

Sous-thèmes	Catégories	Signification	Verbatim
Indication de la césarienne	Bébé en dehors de l'utérus	<i>Rupture utérine</i>	E2 « ... Le docteur m'a dit que le bébé était en dehors de l'utérus, il faut faire vite, je n'avais pas autre choix que d'accepter le dire du docteur.. » E9 « ..., l'enfant était en dehors de l'utérus a dit le docteur... » E11 « ...le docteur a informé mon amie qui m'a accompagné que le bébé n'est pas dans la matrice, il faut qu'on opère urgemment ... »
	Méconnaissance d'indication de la césarienne	<i>Ignorance</i>	E15 « ... jusqu'à maintenant je ne sais pas pourquoi on a opéré car avant comme après l'opération personne est passé m'en informer... » E14 « ..., j'ignore vraiment l'indication de mon intervention, pas d'idée... » E16 « ...aucune idée de ce qui s'est passé tout autour de mon intervention, je suis ignorante... »
	Dépassement large de la durée de la grossesse	<i>Terme prolongé</i>	E10 « ..., pour ma césarienne, le terme était largement dépassé, raison c'est ça... » E12 « ... J'étais déjà au dixième mois de ma grossesse, le docteur a décidé de libérer le bébé par la césarienne... »
	Mauvaise position de fœtus et autres	<i>Dystocie mécanique et dynamique</i>	E5 « ..., munganga, pour moi, la cause était déjà connue depuis la première césarienne, bassin rétréci, voilà... » E3 « ... Indication de ma césarienne était l'hypertension artérielle a dit le docteur... » E7 « ..., selon les explication à ma possession, l'enfant avait la position de siège, qu'on a remarqué pendant l'intervention... » E6 « ...indication selon docteur, arrêt de la dilatation... »

Il ressort de ce tableau que les indications de la césarienne chez les participantes sont diverses et comprennent le bébé en dehors de l'utérus, la position vicieuse du fœtus, le dépassement du terme de grossesse, ainsi que des cas de dystocie mécanique ou dynamique. Certaines femmes ont dû subir une césarienne en raison de la position anormale du bébé, ou parce que le bébé était en dehors de l'utérus, nécessitant une intervention urgente. D'autres, cependant, ont exprimé leur méconnaissance des raisons ayant conduit à l'intervention, souvent à cause d'un manque d'information de la part du personnel médical. Ces résultats mettent en lumière la diversité des raisons médicales justifiant une césarienne et soulignent la nécessité d'améliorer la communication entre les soignants et les patientes sur les indications de l'intervention.

Le tableau ci-dessous présente les différentes perceptions des femmes concernant leur expérience de la césarienne, en fonction de leurs représentations et sentiments vis-à-vis de cette intervention.

Tableau 2. Perception des femmes sur leur expérience de la césarienne

Sous thème	Catégorie	Signification	Verbatim
perception (représentation) des femmes face à la césarienne	Complication mystique occasionnée par son entourage	Mauvais sort	E1 «... eh papa, ma grossesse a évolué bien, juste pendant le travail d'accouchement que tout a changé humm vraiment cela peut être lié à quelque chose de surnaturelle...» E12 «...pour moi la césarienne c'est un mauvais sort que les gens de mauvaise foi m'ont jeté [...] oui vraiment c'est ça, car je n'ai pas compris comment la chose est allée aussi vite jusqu'à la césarienne...» E7 «...humm..., la façon ou la situation a tourné vers la césarienne, j'ai trouvé que quelqu'un m'a compliqué la vie, ce n'était pas la volonté de Dieu...»
	Situation dramatique qui mène vers la mort	Porte vers la mort	E6 «... papa munganga, la césarienne pour moi c'est une voie vers la mort, parce que, ce que j'ai vécu, n'eut été la main de Dieu, je devrais laisser ma peau ici à l'hôpital... » E2 «...la césarienne humm...je préfère ne plus avoir la grossesse pour ne pas risquer ma vie tel que je viens de vivre, la césarienne c'est la mort...»
	Intervention sans aucune importance d'être	Intervention inutile	E4 «...papa jusqu'à présent je me demande pour quelle raison j'ai subi cette intervention qui a failli même couter ma vie, papa moi je devrais accoucher normalement... » E14 «...a peine arrivée, sans aucune explication, l'accoucheuse m'a amené à la salle d'opération et jusqu'à présent papa, je ne sais pas pourquoi cette césarienne que je trouve inutile pour moi ... »
	Césarienne une intervention chirurgicale et non un accouchement	Perte de la féminité	E12 «... Papa hum, comme une femme, j'ai voulu voir mon bébé sortir par le vagin afin de me donner la place d'une mère ! la césarienne est une intervention et non un accouchement... » E17 «...l'accouchement normal, l'enfant passe par la voie basse et la maman perçoit ce passage comme étant une femme dont les organes fonctionnent normalement, mais dans ce cas, c'est comme si j'ai perdu ma féminité... »
	Césarienne, une bonne	Intervention salvatrice	E13 «...accouché par césarienne pour moi c'était salvatrice, car vu la souffrance que j'endurais, moi-même

réponse à
souffrances
liées au
travail
d'accouche
ment

j'ai demandé qu'on opère ... »

E16 «...la césarienne est venue me sauver la vie, j'étais déjà au bout de ma force ... »

Il ressort de ce tableau que les représentations des femmes vis-à-vis de la césarienne varient considérablement. Pour certaines, l'intervention est perçue comme un mauvais sort ou une volonté divine, souvent associée à des causes surnaturelles. D'autres la considèrent comme une situation dramatique, assimilée à une voie vers la mort en raison des risques et de la souffrance endurés. Certaines femmes estiment que la césarienne était une intervention inutile, regrettant de ne pas avoir accouché naturellement. Enfin, bien que certaines voient la césarienne comme une perte de féminité, d'autres la reconnaissent comme une réponse salvatrice, soulignant qu'elle a mis fin à des souffrances insupportables et sauvé leur vie. Ainsi, les témoignages recueillis montrent que la majorité des femmes interrogées perçoivent la césarienne négativement, la considérant comme un mauvais sort, une porte vers la mort, ou une intervention inutile.

3.2. Vécus des césarisées face à la césarienne

Le tableau 3 présente les différents ressentis des femmes face à l'annonce de leur césarienne, en mettant en lumière les émotions vécues à ce moment critique. Les catégories incluent la peur de la mort, la panique, ainsi que la paix retrouvée après avoir traversé la souffrance liée à la grossesse et à l'accouchement.

Tableau 3. Vécus émotionnels des femmes face à l'annonce de la césarienne

Sous-thèmes	Catégories	signification	Verbatim
vécus des césarisées face à la césarienne	La peur de la mort et panique	Peur	<i>E1 «... eh j'étais bouleversé par la peur de laisser ma peau dans la salle d'opération, vraiment je n'ai pas supporté cette information ...»</i> <i>E11 «...papa, comme toute personne normale avec les sentiments, j'ai eu peur de la mort ...»</i> <i>E8 «...humm..., c'est la peur qui m'a caractérisé à l'annonce de cette intervention, ce n'étais pas facile pour moi à surmonter cette peur ... »</i>
		Panique	<i>E15 «... la panique, la peur... j'étais agitée de voir que j'ai failli mourir à la première césarienne, donc je n'étais pas à l'aise »</i> <i>E17 «...papa j'ai paniqué à l'annonce de la césarienne ... j'ai eu du mal à accepter cela ...»</i>
	La paix du cœur retrouvé après avoir enduré la souffrance	La paix du cœur	<i>E16 «... j'avais la paix du cœur car moi-même je préférais quitter la souffrance dont j'étais dedans ... »</i> <i>E13 «... à l'annonce de l'intervention, j'ai eu la paix du cœur vu la douleur que j'ai endurée ... »</i>

Le tableau 3 met en évidence les vécus émotionnels des femmes face à la césarienne, oscillant entre la peur, la panique et un sentiment de paix retrouvé après la souffrance. De nombreuses participantes ont

exprimé une intense peur de la mort et ont vécu des moments de panique à l'annonce de l'intervention, craignant pour leur vie et éprouvant une grande agitation mentale. L'échec d'un accouchement naturel a également contribué à leur anxiété, rendant l'acceptation de la césarienne difficile. Cependant, après avoir enduré la douleur et l'incertitude, plusieurs femmes ont relaté un sentiment de paix intérieure, se sentant soulagées par la fin de leurs souffrances et préférant cette issue plutôt que de continuer à souffrir. Ces témoignages révèlent une émotion partagée de terreur initiale suivie d'un soulagement profond après l'intervention. Ainsi, la peur de la mort, la panique et la déception face à l'échec de l'accouchement naturel sont les ressentis négatifs prédominants, tandis qu'un petit nombre de participantes ont exprimé un sentiment de paix du cœur dès l'annonce de la césarienne.

Le tableau 4 donne l'appréciation des femmes césarisées quant à l'environnement dans lequel elles ont été accueillies et traitées pendant leur intervention.

Tableau 4. Appréciation de l'environnement

Sous-thèmes	Catégories	Signification	Verbatim
Appréciation de l'environnement	Environnement très sale	Insupportable	E15 «...la salle ou nous sommes n'est pas du tout propre, les installations sanitaires sont très sales pas même envie d'y aller ... » E4 «...hummm, Hôpital général est vraiment sale, les bâtiments, les lits, la cour, papa plus grave encore ses installations sanitaires ... » E2 «... papa munganga, l'environnement est insupportable, les matières fécales partout soit dans les sachets soit par terre disséminée par-ci par-là,
	Environnement moins propre	Tolérable	E6 «... bon... pas de choix, ça c'est notre environnement actuel, nous devons l'admirer comme tel, si- non ça va » E11 «... pas du tout mauvais, comme c'est une structure étatique ça ne doit que refléter cet état de vétusté et de l'inconfort ... »

Le tableau 4 met en lumière les perceptions variées des femmes césarisées concernant l'environnement hospitalier, soulignant une insatisfaction notable liée à l'hygiène et aux conditions de vie dans les établissements de santé. Certaines participantes ont qualifié l'environnement de « insupportable », en raison de la saleté omniprésente, notamment dans les salles, les installations sanitaires et l'espace général, déplorant des conditions de vie dégradantes. D'autres, cependant, ont jugé l'environnement « tolérable », acceptant la vétusté et l'inconfort comme une réalité des structures publiques, sans pour autant exprimer un véritable contentement. Ces témoignages illustrent un contraste marqué entre l'intolérable et l'accommodement face à des conditions difficiles, révélant ainsi des attentes souvent déçues en termes d'hygiène et de confort.

3.3. Qualité de l'information fournie par les prestataires et la relation soignant - soigné

Le tableau 5 donne les réponses des femmes concernant la qualité de l'information qui leur a été donnée avant et après l'acte de césarienne. Les questions posées ont permis d'évaluer si les prestataires de santé ont suffisamment informé les patientes sur les aspects de l'intervention, afin de comprendre si ces dernières se sont senties bien préparées ou non pour cette expérience.

Tableau 5. Vérification de la qualité de l'information fournie par les prestataires

Sous-thèmes	Catégories	Signification	Verbatim
Vérification de la qualité d'information fournies par les prestataires	Aucune information venant du personnel soignant (pas de consentement éclairé)	<i>Manque d'information</i>	E15 «...papa jusqu'à présent je me demande pour quelle raison j'ai subi cette intervention qui a failli même couter ma vie... personne n'est venue me dire quelque chose sur mon intervention... [...] ... et personne a demandé mon consentement ... » E14 «...à peine arrivée, sans aucune explication, l'accoucheuse m'amène à la salle d'opération et jusqu'à présent papa, je ne sais pas pourquoi cette césarienne que je trouve inutile pour moi ... »
	Insuffisance d'information	<i>Imprécision</i>	E2 «...papa munganga, l'accoucheuse m'a dit seulement que le bébé était en dehors de l'utérus et c'est tout... » E9 «... l'information reçue est que l'enfant n'était pas en bonne position, donc il faut une césarienne... » E11 «... Moi jusqu'ici je n'ai pas une bonne information par rapport à ma césarienne, seulement l'enfant était hors de l'utérus ... »
	Incohérence d'information	Confusion	E8 «...je suis confuse papa, je suis devant plusieurs diagnostics ou indications, avant intervention, l'accoucheuse m'a parlé de bébé hors utérus et après, mon mari m'informe d'autre chose (gros bébé) et en demandant l'accoucheuse après la césarienne, elle me parle de la position vicieuse de bébé ... » E10 «... papa il n'a pas une cohérence à ce que les personnels de santé m'informent, tantôt gros bébé, tantôt, mon bassin est étroit tantôt mauvaise position de bébé, vraiment je ne me situe pas... »

Le tableau 5 met en évidence un manque d'information claire, cohérente et précise fourni par le personnel soignant avant et après la césarienne. De nombreuses femmes rapportent l'absence totale d'explications sur les raisons de l'intervention, soulignant qu'aucune information ne leur a été donnée et qu'aucun consentement éclairé n'a été demandé. Certaines n'ont eu que des explications vagues, comme la mauvaise position de l'enfant ou sa sortie de l'utérus, sans davantage de détails. D'autres ont exprimé de la confusion face à des informations contradictoires concernant la taille du bébé, la position du bébé ou la taille du bassin. Ces témoignages révèlent un déficit d'information, marqué par des incohérences et une insuffisance d'explications claires, laissant les patientes dans un état de confusion et d'incertitude. Ainsi, le manque d'information, l'insuffisance d'information et les incohérences dans les explications fournies par les prestataires se présentent comme des éléments clés dans l'expérience des femmes césarisées.

Le tableau 6 donne les évaluations faites par les participantes sur la qualité de la relation entre elles et le personnel soignant pendant leur séjour à la maternité.

Tableau 6. Appréciation de la relation soignant-soignées

Sous-thèmes	Catégories	Signification	Verbatim
appréciation de la relation soignant-soignée	Mauvaise relation	Pas d'empathie (pas d'estime) et manque de confiance	E15 «...papa les accouchements ne sont pas tendres, elles ne se mettent pas à la place des parturientes [...] ... et parfois nous sommes humiliées par des langages choquants ... plus confiance à l'HGR I...» E14 «...à l'arrivée c'était grave, les prestataires ne se mettent pas à la place des autres ... je me demandais si ça se passe toujours comme ça chez toutes les parturientes ici à HGR I ...après l'accouchement tout va bien ...mieux vaut accoucher à domicile que de venir ici pour être humilié » E2 «... papa munganga, l'accoucheuse m'a dit seulement que le bébé était en dehors de l'utérus et c'est tout...pas d'autre chose et vous n'avez pas droit à poser la question afin de mieux comprendre votre situation... »
	Bonne relation	Satisfaction	E9 «... depuis mon arrivée jusqu'à aujourd'hui tout marche bien entre nous, et j'aime la manière dont ils nous prennent en charge ... » E11 «... il y a une bonne relation entre moi et les soignants, je réitère ma confiance à eux car ils se soucient de notre santé ... » E8 «...bon moi j'ai besoin de leur service, je ne peux qu'entretenir une bonne relation entre nous et tout se passe très bien ... »

Le tableau 6 met en évidence les différentes appréciations des participantes concernant la relation avec le personnel soignant durant leur séjour à la maternité. D'une part, certaines femmes expriment une relation négative marquée par un manque d'empathie, une absence de considération et un déficit de confiance. Elles déplorent des comportements humiliants, des échanges dégradants et un manque de communication, ce qui les conduit à remettre en question la qualité des soins reçus. D'autre part, d'autres participantes témoignent d'une expérience positive, soulignant une relation de confiance et de satisfaction avec les soignants. Elles se disent satisfaites de l'accueil, de la prise en charge et du respect dont elles ont bénéficié, et insistent sur l'importance de cette bonne relation pour leur bien-être pendant l'accouchement. Ces témoignages montrent la diversité des expériences vécues en fonction de la qualité de l'interaction entre les patientes et les soignants.

3.4. Les séquelles physiques et psycho-sociales

Le tableau 7 explore les éventuelles séquelles physiques et psycho-sociales observées chez les femmes ayant subi une césarienne, selon leurs témoignages. Les catégories incluent les répercussions physiques (douleurs, cicatrices, complications) et les impacts psycho-sociaux (stress, anxiété, stigmatisation sociale, etc.), offrant un aperçu des conséquences à long terme de l'intervention.

Tableau 7. Identification des séquelles physiques et psycho-sociales post-césarienne

Sous-thèmes	Catégories	Signification	Verbatim
Identification des éventuelles séquelles physiques et psycho-sociales	Séquelle psychique	Déformation cicatricielle	E10 «... quand je vois ma cicatrice, je me sens malade une cicatrice qui va au-delà de l'ombilique et qui déforme l'esthétique de mon abdomen ...» E12 «...mon abdomen est déformé suite à cette intervention, j'ai même la honte de faire exposer mon ventre dans des circonstances qui s'impose ...»
	Séquelle psychologique	Traumatisme psychologique	E3 «... Je suis traumatisée moralement vu qu'une mère de famille reste clouée au lit de l'hôpital suite à ce farouche accouchement, ah que Dieu me vienne en aide sinon je suis foutue ... » E6 «... jusqu'à présent je pense toujours à cette intervention...qui me rend malade, l'angoisse et la peur d'avoir autre grossesse qui va encore se solder par la césarienne ... »
	Séquelle sociale	Charge familiale pesante et hémorragie financière	E4 « ...d'abord la césarienne était l'imprévue pour notre foyer et l'infection vient de s'ajouter donc une pénurie financière terrible de telle manière que mon mari, vu qu'il n'a plus rien en main, a disparu pour laisser la charge à ma famille ...» E5 « C'est trop fort papa Munganga, moi et mon mari nous nous sommes préparés pour l'accouchement normal, mais la situation vient de se présenter autrement et cela a tout bouleversé. A côté de ça s'ajoute l'infection aussi inattendue qui prolonge le séjour hospitalier avec une charge financière supplémentaire. Donc, la césarienne une première charge supplémentaire imprévue et la deuxième charge supplémentaire imprévue est cette farouche infection ...».

Le tableau 7 met en évidence les séquelles physiques et psycho-sociales vécues par les femmes ayant subi une césarienne. Sur le plan physique, certaines femmes font état de cicatrices déformantes qui affectent l'esthétique de leur abdomen. Psychologiquement, l'intervention a engendré des traumatismes psychologiques, causant gêne, honte, stress, émotion, insomnie, angoisse, panique et les empêchant d'exposer leur ventre dans des contextes sociaux avec des angoisses persistantes et la crainte d'une nouvelle grossesse nécessitant une nouvelle césarienne. Sur le plan social, la césarienne a également créé une lourde charge financière et familiale, aggravée par des complications comme l'infection, qui ont ajouté des tensions économiques et familiales imprévues. Ces témoignages illustrent l'impact global de la césarienne, au-delà de l'aspect médical, en soulignant la déformation cicatricielle, le traumatisme psychologique et les difficultés sociales comme des séquelles majeures de l'intervention.

4. Discussion

Les indications de césarienne identifiées dans cette étude incluent la présence du fœtus en dehors de l'utérus, des présentations dystociques, un terme prolongé de la grossesse ainsi que des cas où les patientes ignorent la raison ayant conduit à l'intervention. La césarienne constitue un acte parmi les

soins obstétricaux, qui doit s'intégrer dans une approche globale de soins obstétricaux essentiels. En dehors des indications maternelles absolues, l'évaluation du rapport bénéfices/risques doit être contextualisée avant toute indication opératoire. Dans des environnements à faibles ressources, caractérisés par un accès limité aux services de santé et un taux de fécondité élevé, les risques immédiats et différés pour la mère (tels que décès, infections, rupture utérine ultérieure, placenta accreta, etc.) peuvent excéder les bénéfices attendus pour le nouveau-né (MSF, 2019). Les résultats de cette étude ne rejoignent pas ceux de Faye Dième et Moreira (2014), qui rapportaient une bonne acceptabilité de la césarienne par les femmes et leurs conjoints. Selon leur enquête, 97,1 % des participantes considéraient la césarienne comme une intervention salvatrice. À l'inverse, les constats formulés ici s'alignent davantage avec ceux de Diakité et Garel (2014), qui soulignaient une perception négative de la césarienne parmi les femmes africaines, souvent vécue comme une expérience traumatisante, générant des sentiments d'échec, de frustration et de déception. Cette perception est exacerbée par l'absence de professionnels qualifiés en soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Par ailleurs, les observations de cette recherche contrastent avec la revue de la littérature de Brugeilles (2014), selon laquelle une demande croissante de césarienne de convenance serait observée à l'échelle mondiale, notamment en Amérique latine, motivée par des raisons physiologiques, esthétiques ou organisationnelles. Toutefois, un point de convergence est relevé : lorsque cette demande existe, elle est souvent liée à la peur de l'accouchement vaginal, jugé douloureux et imprévisible. La césarienne est alors perçue comme un moyen de sécuriser l'accouchement et de garantir le bien-être du nouveau-né.

Contrairement aux données issues de la présente étude, qui indiquent une prévalence des sentiments d'échec, d'angoisse et de crainte, Faye (2014) rapporte que le sentiment de confiance prédomine (44,6 % des cas), sans influence significative de l'âge ou de l'ethnie. Ce sentiment était toutefois plus fréquent chez les patientes scolarisées, bien que la différence ne soit pas statistiquement significative. Cette confiance pourrait s'expliquer par une méconnaissance des complications possibles de la césarienne ou une adhésion plus forte aux décisions médicales chez les patientes peu ou non instruites. Elle pourrait également refléter une tendance à banaliser l'intervention, certaines femmes la sollicitant pour des raisons de confort. Ce sentiment de confiance, ainsi que celui de soulagement, était significativement plus fréquent chez les patientes ayant des antécédents de césarienne ($p = 0,005$ et $p = 0,001$ respectivement). En revanche, un vécu antérieur négatif de la césarienne pouvait engendrer une appréhension accrue chez certaines. Selon Bonneau (2012), 30 % des patientes présentent encore des douleurs pelviennes chroniques jusqu'à deux ans après la césarienne, interférant avec la vie quotidienne dans 9 % des cas. Ces douleurs peuvent résulter de lésions nerveuses, d'adhérences, d'éventrations ou d'une mauvaise cicatrisation. Une asthénie persistante (22,5 %) et une fatigabilité dans les activités quotidiennes (17,9 %) traduisent une récupération physique lente. Par ailleurs, le prurit de la cicatrice, rapporté par 48,9 % des femmes, peut s'expliquer tant par des facteurs cutanés que psychiques, la cicatrice étant parfois perçue comme une mutilation. Dans l'étude de Khan (2012) au Bangladesh, le coût de la césarienne constituait la principale source d'inquiétude pour les patientes et leurs familles. Le taux de perception de cette contrainte financière dans la présente étude est vraisemblablement sous-estimé, compte tenu de l'insuffisance de la couverture médicale au Sénégal, où 94 % des femmes et 92 % des hommes ne disposent pas d'assurance santé. Les données recueillies révèlent également une insuffisance d'information délivrée par les prestataires de soins. En effet, dans 59,6 % des cas, aucune explication préalable à l'intervention n'a été fournie, même si dans 98,6 % des cas, les patientes ont été informées de la césarienne une fois la décision prise. Par ailleurs, 77,5 % des femmes interrogées ont indiqué que leur consentement n'avait pas été recueilli. L'un des témoignages illustratifs déclare : E14 : « ...à peine arrivée, sans aucune explication, l'accoucheuse m'a amenée en salle d'opération, et jusqu'à présent je ne sais pas pourquoi cette césarienne m'a été imposée... ». Ces constats confirment les propos d'Azria (2008), selon lesquels l'information de la patiente constitue un droit fondamental, une obligation morale et légale, indispensable pour garantir un consentement libre

et éclairé. Un langage simple et adapté devrait être utilisé pour expliquer les indications, avantages et risques d'une césarienne. Cette sensibilisation devrait commencer lors des consultations prénatales, incluant des explications sur les signes de danger nécessitant un recours aux soins obstétricaux d'urgence, dont la césarienne. Concernant l'environnement hospitalier, les témoignages recueillis révèlent une diversité de perceptions : certaines patientes l'ont jugé insupportable, d'autres l'ont trouvé tolérable. Afin de réduire la peur, le stress et les vécus négatifs liés à la césarienne, la mise en œuvre des principes de la théorie de Florence Nightingale pourrait s'avérer bénéfique. Celle-ci préconise un environnement propice permettant à la nature de favoriser la guérison (OMANYONDO, 2023). Selon Ben Sidi (2014), une relation de confiance entre patient et soignant repose sur la dépendance du malade vis-à-vis de la qualité des soins et de l'environnement structurel qui conditionne la prise en charge. Ce point est illustré par le témoignage suivant : E8 : « ...moi j'ai besoin de leur service, je préfère entretenir une bonne relation pour que tout se passe bien... ». Bishop et Scudder (1999), dans une approche philosophique, décrivent les soins infirmiers comme un engagement personnel du soignant, caractérisé par la présence et l'investissement relationnel. Peplau (1952) insiste sur l'importance de la relation thérapeutique dans la pratique infirmière. Enfin, selon SEPIEPH (2009), la persistance d'infections nosocomiales dans les structures de soins s'expliquerait par une absence de collaboration efficace au sein des équipes de santé et dans la relation entre soignants et patients.

Limitations de l'étude

Les limitations de cette étude incluent plusieurs aspects méthodologiques et contextuels. Tout d'abord, l'échantillon étudié est relativement restreint, ce qui pourrait limiter la généralisation des résultats à une population plus large. De plus, les données ont été collectées dans un contexte spécifique, avec des ressources limitées et des disparités dans l'accès aux soins, ce qui peut influencer les perceptions et les expériences des patientes concernant la césarienne. L'absence de contrôle sur certains facteurs externes, tels que les influences culturelles et sociales, pourrait également avoir un impact sur la validité des conclusions. Une autre limitation réside dans la subjectivité des témoignages des patientes, qui peuvent être influencés par des biais de mémoire ou par l'émotion liée à l'expérience de la césarienne. En outre, l'étude n'a pas pris en compte certaines variables importantes, telles que l'état de santé préalable des patientes ou les complications post-opératoires à long terme, ce qui pourrait avoir affecté la perception globale de l'intervention. Enfin, la méthodologie utilisée pour évaluer les perceptions des patientes (principalement des questionnaires et entretiens) peut comporter des biais d'interprétation, limitant ainsi l'objectivité des résultats. Ces limitations suggèrent la nécessité d'études supplémentaires, avec un échantillon plus large, une approche longitudinale et une analyse plus approfondie des facteurs contextuels et individuels influençant la perception de la césarienne.

5. Conclusion

L'avantage de la césarienne dans la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales n'est plus à démontrer. Cependant, elle peut entraîner des conséquences physiques et psychosociales. L'étude met en évidence plusieurs vécus négatifs, tels que l'annonce de la césarienne sans empathie, une mauvaise communication de la part des sages-femmes, un environnement hospitalier insalubre et l'ignorance de l'indication de la césarienne. Les femmes ayant subi une césarienne perçoivent souvent cette intervention comme inutile, la considérant comme une porte vers la mort. La réalisation d'une césarienne requiert donc un accompagnement médical et psychosocial constant avant, pendant et après l'intervention. Dans notre contexte, des efforts doivent être fournis par les équipes obstétricales pour améliorer la perception de la césarienne et l'expérience vécue par les patientes, en facilitant notamment le rapprochement mère-enfant. À cette fin, il serait essentiel de donner davantage d'importance aux compétences en communication dans le cadre des formations initiales et continues des prestataires, afin de favoriser une meilleure acceptation de cette méthode d'accouchement.

Remerciements

Les auteurs expriment leur profonde gratitude à toutes les participantes de cette étude, qui ont généreusement contribué en donnant leur consentement libre et éclairé.

Conflit of Intérêts

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

Références

- BBC News Africa. (2022, décembre 23). Accouchement par césarienne : Des complications que la mère et l'enfant peuvent connaître à vie. <https://www.bbc.com/afrique/region-61608374>. Consulté le 23 décembre 2024 à 18h56.
- Bianchi, I. (2015). La césarienne : Plaidoyer pour un accompagnement. *Laennec*, 4(Tome 63), 47-55.
- Bonneau, C., & Nizard, J. (2019). Gestion des grossesses avec un utérus cicatriciel : État des connaissances. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 41, 497-511.
- Brunet, E. (2016). Vécu des femmes face à la césarienne d'urgence. https://www.researchgate.net/publication/325682866_Le_vécu_des_femmes_face_a_la_cesarienne_en_urgence. Consulté le 23 décembre 2024 à 19h21.
- Diakité, M. (2014). Problèmes soulevés par l'opération césarienne chez une africaine. *Migrations Santé, Annales de la SOGGO*, N° 22, Vol. 9, 191985, 44, 35-36.
- Faye Die & Moreira, (2014), *Perception et vécu de la césarienne en milieu africain : enquête auprès de 280 patientes*. Centre Hospitalier National de Pikine
- Haute Autorité de Santé (France). (2019). *Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance : Guide méthodologique*.
- Khan, R., Blum, L. S., Sultana, M., Bilkis, S., & Koblinsky, M. (2012). An examination of women experiencing obstetric complications requiring emergency care: Perceptions and sociocultural consequences of caesarean sections in Bangladesh. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 30(2), 159-171.
- Nicole, F. (2018). *Devenir mère, une formidable rencontre : Spirale – La grande aventure de bébé* (3), 47. Paris, Hachette Pluriel.
- Pantelias, A.-C. (2019). *Représentations et vécus des femmes face à la césarienne, France*.
- Vadeboncoeur, H. (2012). *Une autre césarienne ou un AVAC ?* Fides.

© 2025 BOYA, 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 (2)

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

Received, 16 April 2025

Accepted, 30 August 2025

Published, 9 September 2025

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

To cite: Djore T. M. (2025). *Contractualisation des formations sanitaires publiques au Togo : une approche susceptible d'améliorer le niveau d'accès aux services de santé ?* Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(2), 106-120. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.7>

Contractualisation des formations sanitaires publiques au Togo : une approche susceptible d'améliorer le niveau d'accès aux services de santé ?

Contractualization of public health facilities in Togo: an approach likely to improve the level of access to health services?

DJORE TOROUKA Mayipo

Université de Lomé, 01 BP : 1515 Lomé, Togo.

Correspondance : email : mayipogaston@yahoo.fr

Résumé

Les problèmes de l'administration et la gestion structurelle réduisent l'efficacité des politiques et systèmes de santé. Au Togo, les investissements et mobilisations des ressources de divers ordres n'allègent pas les peines d'accès des populations aux services de santé. Malgré quelques avancées enregistrées, nombre de défis parmi lesquels la gestion des formations sanitaires restent à relever pour accroître le niveau de performance du secteur de la santé. Dans la quête de meilleures stratégies d'amélioration de la santé des populations, le gouvernement togolais a expérimenté la contractualisation de formations sanitaires publiques. Quelques années après le lancement, l'on s'interroge si la mise en œuvre de cette approche a apporté des changements positifs. A partir des données de terrain analysées à l'aide de la théorie de rationalisation, cette étude permet de comprendre que les formations sanitaires publiques contractualisées rationalisent leurs gestions administrative et financière et facilitent l'accès aux soins de santé.

Mots-clés : politiques et systèmes de santé, contractualisation, rationalisation, innovation, Togo.

Abstract

Administrative and structural management problems reduce the effectiveness of health policies and systems. In Togo, investments and resource mobilization of various kinds do not alleviate the difficulties faced by populations accessing health services. Despite some progress, many challenges, including the management of health facilities, remain to be addressed to improve the performance of the health sector. In the quest for better strategies to improve the health of populations, the Togolese government experimented with the contractualization of public health facilities. A few years after its launch, questions remain as to whether the implementation

of this approach has brought about positive changes. Based on field data analysed using rationalisation theory, this study helps to understand that contracted public health facilities streamline their administrative and financial management and facilitate access to health care.

Keywords: health policies and systems, contractualization, rationalization, innovation, Togo.

1. Introduction

La politique de santé actuelle du Togo endosse la responsabilité de permettre à toute sa population de jouir du meilleur état de santé. Dès septembre 1998, la première Politique Nationale de Santé (PNS) a été adoptée avec pour ambition la réorganisation et la meilleure gestion du système de santé afin de faciliter l'accès des services. Celle-ci sera soutenue par les Plans Nationaux de Développement Sanitaires (PNDS 2002-2006 et 2009-2013). La Politique Nationale de Qualité des Services de Santé du Togo (PNQSST) a été adoptée en 2019, et constitue un cadre d'amélioration de la qualité des services de santé à travers des décisions qui aboutissent à des actions efficaces, efficientes, sécurisées, centrées sur la personne, menées en temps utile, équitables et intégrées. Il s'agit d'une politique entièrement en phase avec les principales dimensions de la qualité retenues par l'OMS (2014) et qui vise avant tout la durabilité.

Le système de santé du Togo est constitué d'institutions, d'organisations et de ressources qui collaborent pour garantir l'accès aux services de santé. Les interactions au sein du système de santé du pays s'organisent autour de plusieurs composantes : la gouvernance et le leadership, la prestation des services, le personnel de santé, les systèmes d'information sanitaire, les technologies médicales et le financement de la santé. Aux différents niveaux du système de santé national, le gouvernement collabore avec les partenaires bilatéraux et multilatéraux, les ordres et associations professionnelles, les sociétés savantes, les représentants des professionnels de la santé, les organisations syndicales, le secteur privé, la médecine traditionnelle, les communautés, les organisations de la société civile et celles représentant les patients.

Alors que les partenaires des organisations privées et confessionnelles gèrent de manière optimisée les ressources allouées au secteur de la santé, les structures sanitaires publiques peinent à répondre de manière satisfaisante aux attentes. Des études visant à améliorer leurs performances ont mis en évidence des dysfonctionnements au niveau de l'administration et de la gestion. En réponse, l'une des missions clés confiées au Ministère en charge de la santé est d'« *améliorer l'organisation, la gestion et les prestations des services de santé* » (PNS, 2011). De plus, la PNQSST en évaluant la performance du système de santé sur la qualité des services, a mis en évidence davantage de domaines nécessitant des améliorations que de réels acquis au sein des principaux piliers du système (PNQSST, 2019).

Il est indispensable de rendre le système et les politiques de santé plus viables et performants. Pour cela, chaque centre de santé a été doté d'un Comité de Gestion (COGES), chargé de superviser les aspects administratifs, financiers et opérationnels au nom de la communauté. Cependant, le pourcentage de COGES fonctionnels est passé de 75 % en 2017 à 74 % en 2018. Le recul du taux de fonctionnement des COGES révèle les limites de cette stratégie dans l'optimisation de la gestion administrative et financière des structures sanitaires.

Les dysfonctionnements des structures sanitaires publiques ont conduit les populations à les délaisser au profit des centres confessionnels et privés (M. Djoré Torouka, 2016). Parallèlement, les médecines alternatives connaissent une popularité croissante, avec un engouement marqué pour la médecine traditionnelle (O. Akpo Gnandi, 2018). Dans les zones urbaines, le recours aux stratégies de guérison religieuses s'intensifie (M. Djoré Torouka, 2021). C'est face à cette situation, que le gouvernement s'est engagé à rationaliser la gestion des établissements de santé publics en introduisant progressivement la contractualisation.

Six ans après, l'on s'interroge à savoir si l'approche contractuelle crée-t-elle de la valeur susceptible de faciliter l'offre de services de santé. De manière générale, comment la contractualisation des formations sanitaires influence-t-elle l'accès à la santé dans le pays ? De façon spécifique : Quelles sont les réformes introduites dans le fonctionnement des formations sanitaires sous contrat ? Comment les autorités contractantes rationalisent-elles la gestion des centres ? Quel bilan peut-on tirer de la contractualisation en termes de performances ?

Cette étude vise à évaluer l'efficacité de l'approche contractuelle dans l'amélioration de la performance et de l'accessibilité des services de santé publics au Togo.

Le présent article analyse la mise en œuvre de l'approche contractuelle. Il s'inscrit dans la démarche de rationalisation de la gestion des ressources du secteur de la santé. L'étude trouve son fondement à travers les données de terrain, confortées par les sources documentaires. L'ensemble des informations recueillies ont fait objet de traitement et d'analyse à l'aide de la théorie de la rationalité.

2 Matériaux et méthodes

2.1 Présentation du cadre de l'étude

La présente étude a été menée au Togo, pays situé en Afrique de l'Ouest, principalement limité au nord par le Burkina Faso, au Sud par le Golf du Guinée, à l'Est par le Bénin et à l'Ouest par le Ghana. Avec une Superficie de 56 600 km², l'indice de développement humain classe le pays à 163^{ème} sur 193 pays en 2022 (PNUD, 2023-2024). L'espérance de vie au Togo à la naissance est 62 ans (Banque mondiale, 2021).

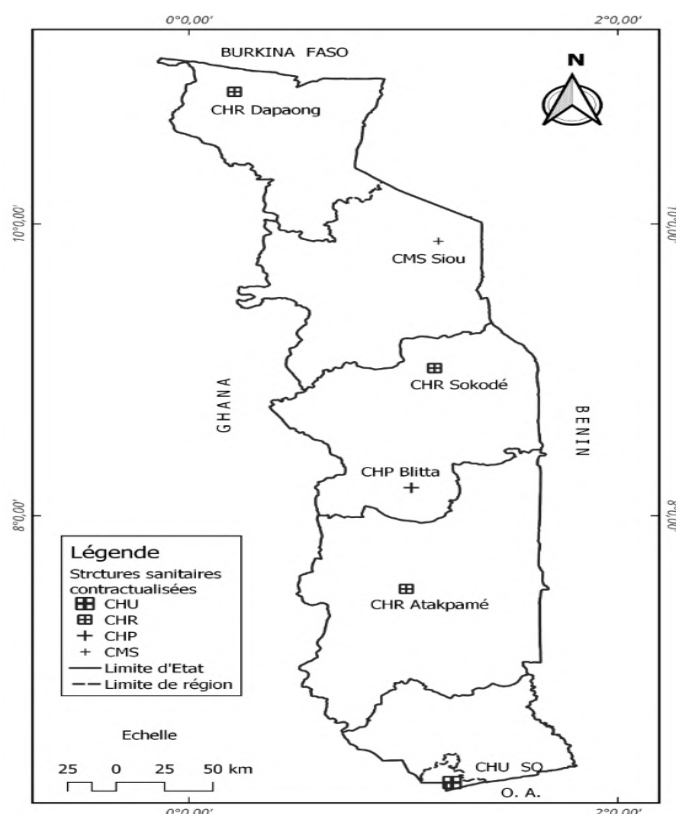


Figure 1 : Carte du Togo indiquant les formations sanitaires contractualisées objets d'enquêtes
Source : enquête de terrain, mars et avril 2024

L'enquête a couvert le territoire national auprès des usagers des six premières formations sanitaires contractualisées. Ce choix raisonné est motivé par leur capacité à fournir des informations plus pertinentes pour l'étude que les autres formations dont la contractualisation est récente.

2.2 Méthodes de collectes et traitement de données

L'atteinte des objectifs de cette étude a été possible avec l'aide de méthodes de collectes quantitative et qualitative pour recueillir les informations.

La recherche documentaire a consisté à une lecture thématique et sélective à travers la consultation des ouvrages, les articles scientifiques, les rapports d'étude, les sites internet et autres documents en lien avec l'administration et la gestion des formations de santé.

A la suite des sources documentaires, une approche quantitative a été adoptée à l'aide d'un questionnaire conçu pour recueillir des données probantes (A. M. Nelson, 2008). Ce questionnaire a été administré à 1892 usagers des formations sanitaires ciblées. L'échantillonnage accidentel a été privilégié en raison de l'impossibilité de constituer un échantillon représentatif ; la taille de la population mère étant inconnue. Cette difficulté découle de la fluctuation quotidienne du nombre d'usagers dans les structures. L'approche accidentelle a été conditionnée par la volonté de participer à l'étude. Les données recueillies concernent les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, leurs perceptions relatives à l'accessibilité des services dans les centres, ainsi que les constats vécus dans lesdites formations.

L'étude a aussi fait usage de l'approche qualitative avec le guide d'entretien, le focus group et les observations en considérant que ceux-ci sont « *les principales techniques de collecte de données qualitatives utiles pour mener une recherche en soins de santé* » (L. Kohn, C. Wendy,

2014 p :70). Les entretiens ont été réalisés avec les responsables des structures de santé sous contrat (responsables administratifs et les personnes occupant les postes de responsabilités y compris les prestataires), les représentants des organisations de la société civile, bénéficiaires des structures de santé sous contrat.

Tableau 1 : Répartition des enquêtés selon les localités

Formations sanitaires	Effectifs	Pourcentage
CHP Blitta	306	16,2
CHR Atakpamé	300	15,9
CHR Dapaong	315	16,6
CHR Sokodé	311	16,3
CHU Sylvanus Olympio	456	24,1
CMS Siou	204	10,8
Total	1892	100

Source : planification de terrain, mars et avril 2024

Les données du questionnaire ainsi que celles des entretiens et focus groups ont été complétées avec celles de l'observation directe. L'observation a concerné l'état des lieux des centres ainsi que les constats sur les services, les offres et les interactions entre les parties prenantes. Les indicateurs observés sont : l'accueil, les services disponibles, les prestations de services, la salubrité, les interactions entre les prestataires de services et les usagers, les équipements et les plateaux techniques.

2.3 Traitement des données

Les données issues du questionnaire ont été compilées dans le logiciel SPSS avant d'être transformées en tableaux et graphiques à l'aide des logiciels Word et Excel. Les données qualitatives ont été traitées manuellement, en suivant les étapes de : identification des déclarations clés, attribution de significations aux déclarations en éliminant les répétitions, regroupement des significations en thèmes principaux. L'analyse des informations obtenues des traitements a permis d'obtenir des résultats de l'étude.

2.4 Considérations éthiques

L'enquête de terrain a reçu l'autorisation officielle du ministre de la santé ainsi que des directeurs exécutifs des centres de santé cibles. Les participants potentiels, ont été informés des dispositions éthiques en vigueur. Ils ont été clairement sensibilisés à leur droit de participer librement ou de refuser sans contrainte. Ainsi, seules les personnes ayant donné leur consentement oral éclairé ont été incluses dans l'étude. La confidentialité et la protection des identités des répondants ont été rigoureusement respectées lors de la rédaction du manuscrit, conformément aux principes éthiques.

3. Résultats

3.1 Introduction du système de gestion dans le fonctionnement des formations sanitaires

La décision du gouvernement d'améliorer les services des formations sanitaires du secteur public à travers la contractualisation s'est accompagnée de la revue structurelle de l'organisation des centres. L'engagement dans l'expérience contractuelle a nécessité la modification de l'organigramme des centres de santé dont les services ont été organisés autour de l'administration publique hiérarchique et linéaire, avec unicité de commandement de haut en bas.

Tableau 2 : Synoptique de la gouvernance sanitaire sous contractualisation

Système administratif ancien	Système de gestion introduit		
Hiérarchisation	Niveaux		Hiérarchisation
Directeur	1	1	Responsable contrat
Secrétariat particulier ; Directeur adjoint	2		
Secrétariat général	3		
Organes consultatifs, Agent comptable ; contrôle Interne	4		
Direction des marchés ; Direction des soins, Direction des travaux et technique ; Direction des ressources humaines ; Direction des Affaires sociales ; Direction financière et comptable ; Direction des services généraux	5		Agents de régularisation
Médecine ; Chirurgie ; Pédiatrie ; Gynécologie ; Imagerie ; Laboratoire ; Pharmacie ; Santé publique ; Médecine préventive ; Anesthésie ; Réanimation ; Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	6	2	
Services administratifs internes	7		
Prestataires de services	8		
Usagers			

Source : enquête de terrain, mars et avril 2024

Le tableau 2 met en évidence la nouvelle structure des centres de santé sous contrat, intégrant un système de gestion au sein de l'ancien cadre administratif. Contrairement à une privatisation des formations sanitaires concernées, cette approche constitue une réforme visant à accroître l'efficacité des services de santé. L'ancien cadre administratif hiérarchisé jusqu'à 8 niveaux a été source de complexité excessive, entraînant des délais prolongés dans la remontée et la descente des décisions, ainsi que des chevauchements de responsabilités. Ces problèmes ont souvent conduit à une mauvaise définition des tâches, favorisant ainsi l'émergence de conflits. L'analyse du système administratif permet de déduire que son fonctionnement manque de flexibilité, freine les initiatives locales, complique la collaboration, privilégie les processus au détriment des résultats et montre une résistance au changement et à l'innovation. « *La contractualisation a éliminé les protocoles rigides, rendant plus aisée la saisine de la haute hiérarchie pour le traitement des dossiers par rapport à la situation antérieure* » (Propos d'un chef de service de formation sanitaire, mars et avril 2024).

Le contenu du tableau 2 permet aussi de découvrir le système de gestion introduit qui rationalise les niveaux hiérarchiques. L'organe contractant est réduit à deux niveaux, ce qui raccourci les délais de décisions. Là, l'établissement des rôles et responsabilités est clair et l'on peut éviter les lourdeurs et les redondances.

Le système de gestion introduit met en avant un fonctionnement qui octroie une plus grande autonomie aux parties prenantes, leur permettant de gérer efficacement les questions courantes. Cette autonomie favorise l'émergence d'initiatives adaptées aux besoins spécifiques des communautés, renforçant ainsi la pertinence des interventions sur le terrain. En outre, ce modèle améliore la communication entre les niveaux hiérarchiques, facilitant les échanges et réduisant les obstacles liés à la coordination. La nouvelle structuration du fonctionnement des formations sanitaires a la capacité de répondre aux défis qui entravent l'accès aux services de santé, apportant ainsi une solution aux contraintes et les goulots d'étranglement qui empêchent les formations sanitaires d'offrir de meilleurs cadres de soins.

3.2 Rationalisations de la gestion des centres par les autorités contractantes

3.2.1 Pratiques de gestion efficiente des ressources

L'étude montre que l'approche contractuelle contribue à une gestion efficace des ressources allouées aux formations sanitaires, améliorant ainsi l'accès aux soins de santé.

Tableau 3 : Test Khi-deux entre la contractualisation et l'amélioration de services de santé

Connaissance de la contractualisation		Amélioration des services			Total
		Ne sait pas	Non	Oui	
Ne sait pas	%	20,8	20,8	58,3	100
Non	%	1,2	30,6	68,2	100
Oui	%	0,0	20,1	79,9	100
Total	%	1,3	28,9	69,9	100

$Khi\text{-}deux=91,320$; $ddl=4$; $p=0,000$

Source : enquête de terrain, mars et avril 2024

Le test Khi-deux effectué indique que les variables sont fortement corrélées. Parmi les enquêtés n'ayant pas connaissance de l'existence de la contractualisation, 68,2% perçoivent une amélioration des services de santé contre 79,9% des enquêtés qui en ont connaissance. Ceci signifie que la contractualisation améliore l'offre des services de santé. Les améliorations des services attribuables à la contractualisation ont engendré des avancées significatives dans divers aspects du système de santé. Dans le secteur des ressources humaines, les réformes ont permis d'avoir la présence régulière du personnel au service durant les heures règlementaires :

« Un cahier d'enregistrement des heures d'arrivée et de départ du personnel et les prestataires de services est disponible à l'entrée. Chacun y émerge à l'arrivée ainsi qu'au départ. Un suivi strict est fait et les dispositions sont prises pour décourager ceux qui ne respectent pas les horaires de services » (Propos d'un surveillant général de formation sanitaire, mars et avril 2024).

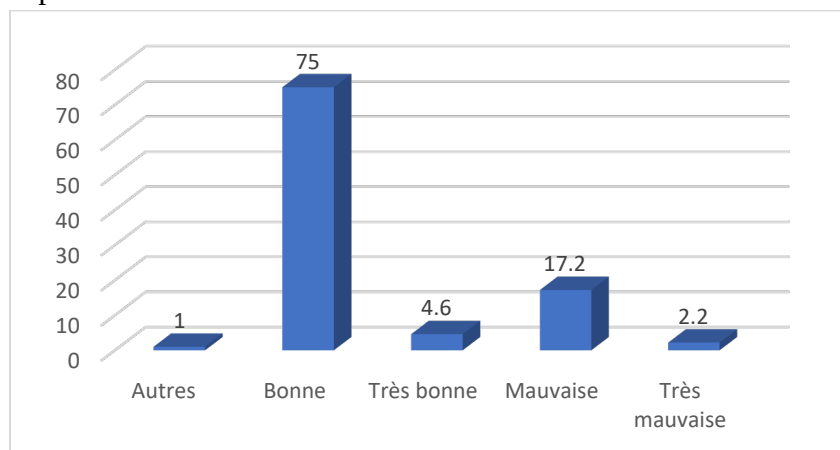
Il résulte que les membres du personnel administratif et les prestataires sont désormais ponctuels aux postes. Cela constitue une contribution à l'amélioration du rapport entre le nombre de médecins et de patients.

En ce qui concerne la gestion financière, il ressort que celle-ci a été rationalisée. *« Les pratiques de bonne gestion observées préviennent les détournements et renforcent nos fonds de caisse »* (Propos d'un chef comptable de formation sanitaire, mars et avril 2024). Contrairement à une mauvaise administration, le modèle de gestion mis en place encourage l'accroissement des ressources des centres, avec pour résultats obtenus, le respect des processus normatifs de commande, une meilleure disponibilité des médicaments etc. La rationalisation de la gestion

des centres est un moyen de génération des ressources, favorisant ainsi la diversification des produits et services pour élargir les offres disponibles.

3.2.2 Augmentation des capacités d'accueil des centres

Les données recueillies auprès des usagers et des personnes ressources, ainsi que les observations sur le terrain montrent que la contractualisation a facilité l'augmentation des capacités d'accueil des centres concernés.



Graphique 1 : perception des capacités d'accueil de centres par les usagers

Source : enquête de terrain, mars et avril 2024

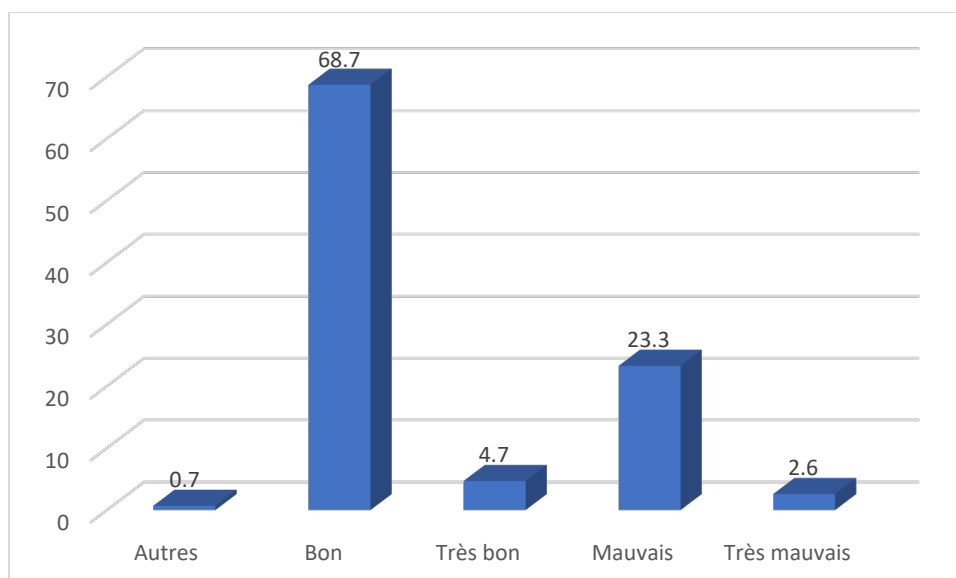
Les trois quarts des enquêtés (75%) trouvent bonnes, voire très bonnes (4,6%) les capacités d'accueil des centres. Les ressources financières propres engrangées favorisent l'augmentation du nombre de lits d'hospitalisation et de la prise en charge de patients. Les faits montrent que le renforcement des capacités d'accueil des centres de santé se matérialise à travers la création d'espaces dédiés à différents types de soins, l'agrandissement des locaux, l'aménagement d'installations plus spacieuses et mieux équipées pour accueillir les patients, l'acquisition d'équipements médicaux de qualité, ainsi que la construction de nouvelles infrastructures.

Au niveau de personnel de santé, on note une augmentation du nombre de prestataires de services : « *Nous avons renforcé l'effectif des contractuels financés par le budget local, tout en assurant la régularité des paiements des salaires* » (Propos d'un directeur des ressources humaines de formation sanitaire, mars et avril 2024). En plus de la présence régulière du personnel et des recrutements, l'accompagnement et la motivation du personnel sont des mesures incitatives au travail. L'approche renforce donc la responsabilité des centres en instaurant le bien-être des prestataires de services.

Il résulte que les centres ont pu introduire de nouveaux services en élargissant leur personnel à des profils diversifiés et qualifiés dans certaines spécialités. « *Nous ne nous appuyons plus assez de l'extérieur comme par le passé. Actuellement nous arrivons à gérer beaucoup de cas sur place avec les ressources internes ; ceci étant redevable à la bonne gestion* » (Propos d'un cadre d'administration de formation sanitaire, mars et avril 2024). Cette approche leur a permis de mieux répondre aux besoins variés et immédiats d'une patientèle hétérogène, renforçant ainsi leur capacité à offrir des soins spécialisés. Cette stratégie contribue ainsi à l'allègement des peines d'accès aux services de santé spécialisés à travers les services de proximité.

3.2.3 Renforcement des plateaux techniques et des équipements

Dans les centres de santé sous l'approche contractuelle, il y a eu le renforcement de plateaux techniques et des équipements grâce aux stratégies de recouvrement des fonds.



Graphique 2 : Perception des plateaux techniques, matériels et équipements par les usagers

Source : enquête de terrain, mars et avril 2024

Le graphique 2 montre que nombre d'usagers (68,7% et 4,7%) de formations sanitaires sous contrat voient les renforcements de plateaux techniques, matériels et équipements : « *Nous avons pu acquérir sur fonds propres des appareils de dernière génération. Le matériel de plateau technique et les équipements acquis sont de qualité, assez performants et modernes en mesure de faciliter la télémedecine afin d'augmenter l'efficacité de la prise en charge* » (Propos d'un représentant de société contractante dans une formation sanitaire, mars et avril 2024). En analysant ces propos et selon les observations de terrain, l'approche contractuelle offre les possibilités aux centres de santé de s'équiper d'appareils modernes tels que des équipements d'imagerie médicale (radiologie, échographie), des outils de laboratoire (analyseurs de sang, microscopes, appareils de biochimie) et du matériel chirurgical (instruments, équipements de stérilisation). Dans les services d'urgence et de réanimation, il y a l'acquisition de moniteurs cardiaques, respirateurs et défibrillateurs qui assure un suivi en temps réel et améliore la qualité des soins.



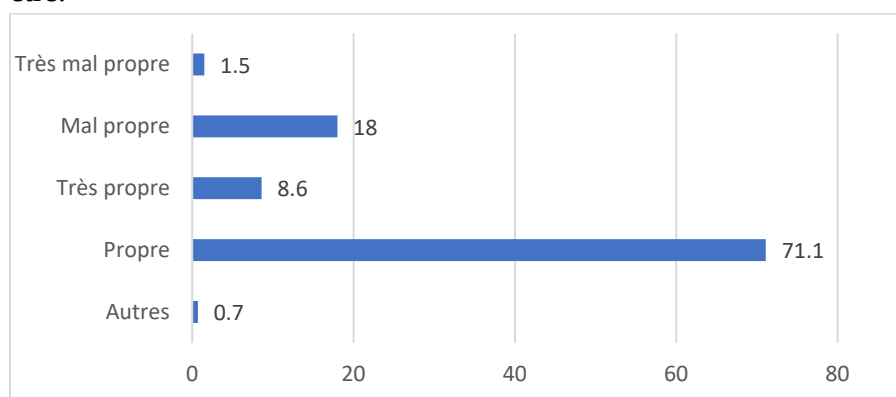
Figure 1 : photos de matériels et équipements acquis sur fonds propres d'un centre

Source : enquête de terrain, mars et avril 2024

Pour assurer la durabilité des équipements et du matériel, la contractualisation s'appuie sur des moyens de gestion optimisés. « *Les systèmes d'approvisionnement et de stockage sont désormais informatisés et sécurisés, et les fournisseurs sont diversifiés* » (Propos d'un chef de comptabilité de formation sanitaire, mars et avril 2024). Il s'agit des moyens réduisant considérablement les risques de ruptures de stocks, de pénuries, de retards ou de dépendance à un nombre restreint de partenaires. La contractualisation s'inscrit dans la gestion durable pour améliorer l'accès à des soins de qualité.

3.2.4 Aménagements des espaces et veille à la salubrité

La dynamique de la contractualisation est un moteur d'aménagement des espaces et de gestion de la salubrité des centres de santé pour assurer le confort des patients, leur sécurité et leur bien-être.



Graphique 3 : Perception de la salubrité des formations sanitaires par les usagers

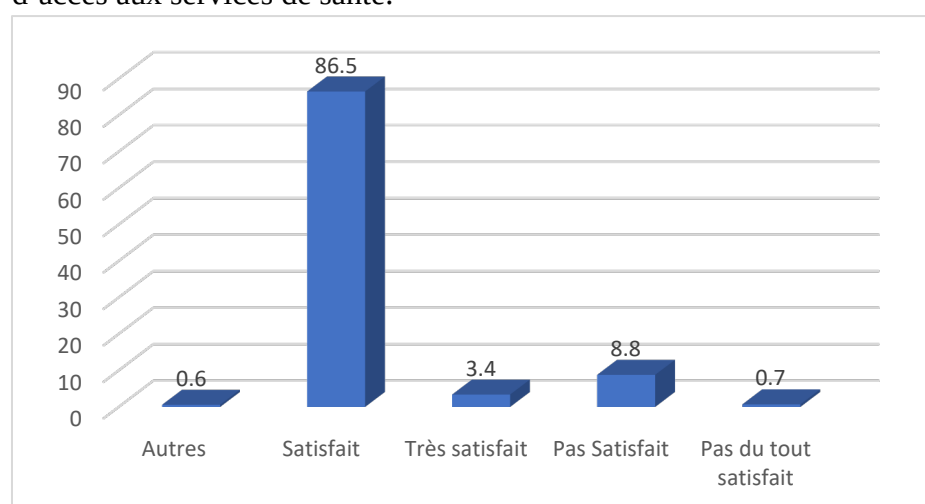
Source : enquête de terrain, mars et avril 2024

Abordant l'état de salubrité, 71,1% des usagers qualifient l'état de salubrité des formations sanitaires de bon, voire très bon (8,6%). Même si environ le quart (18% + 1,5%) relèvent des états d'insalubrité, il convient avant tout de noter des efforts d'aménagement des espaces dans les centres de santé de manière fonctionnelle et ergonomique pour optimiser les flux des patients, du personnel médical et des visiteurs. « *Le service d'hygiène a été renforcé et les nettoyages des surfaces, des équipements, et des toilettes sont plus stricts. Des poubelles sont disposées pour la collecte des déchets et des dispositions prises pour recueillir les eaux usées. Un service de jardinage a été mis en place* » (Propos d'un chef de service d'hygiène d'une formation sanitaire, mars et avril 2024). Ces initiatives traduisent l'engagement des centres à offrir des espaces à la fois salubres et verdoyants. Ces mesures vont réduire le stress et rendre le passage ou séjour des usagers plus serein. En somme, l'approche améliore le cadre d'accueil des populations, offrant un environnement favorable et incitant davantage les usagers à se tourner vers les structures sanitaires sous contrat en cas de besoin.

3.3 Bilan de la contractualisation : performances

3.3.1 Réponse aux besoins des usagers des formations sanitaires

La contractualisation permet de satisfaire les besoins des populations couvertes en termes d'accès aux services de santé.



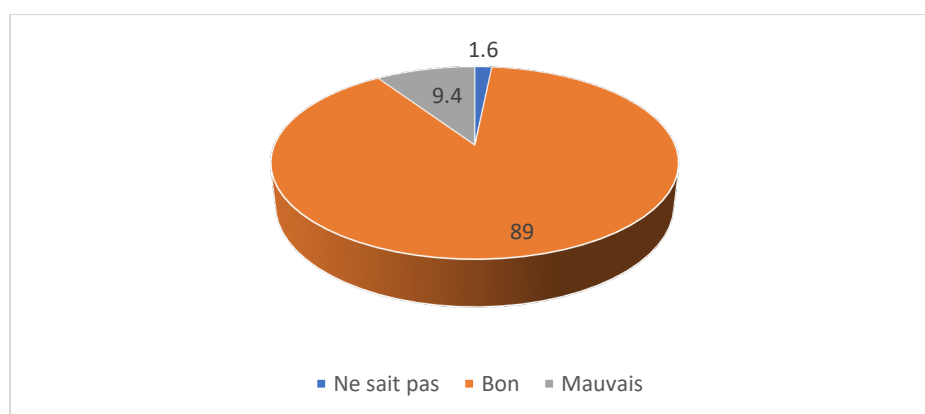
Graphique 4 : niveau de satisfaction des usagers des services offerts

Source : enquête de terrain, mars et avril 2024

Le graphique 4 montre que presque tous les usagers sont satisfaits des services rendus dans les centres. On enregistre 86,5 % qui sont satisfaits, et 3,4% des usagers très satisfaits. « *Nous sommes maintenant satisfaits des services rendus ici, on voit une nette amélioration par rapport à ce qui se passait il y a environ dix ans* » (Propos d'un usager souffrant d'une pathologie chronique, mars et avril 2024). Il ressort que les services offerts par les formations sanitaires ont été considérablement améliorés. La satisfaction des usagers reflète la disponibilité des prestations attendues au moment opportun, combinée à des moyens d'accès pratiques. Ces services se distinguent par leur capacité à apporter des solutions adaptées, répondant aux besoins et attentes des patients fréquentant ces centres.

3.3.2 Amélioration de la qualité d'accueil

L'approche contractuelle a permis de combler les insuffisances liées à l'accueil des usagers dans les formations sanitaires.



Graphique 5 : perception de l'accueil réservé aux usagers par les enquêtés

Source : enquête de terrain, mars et avril 2024

Le graphique 5 montre que l'approche contractuelle contribue à résoudre les problèmes liés au mauvais accueil des usagers. Jusqu'à 89% des usagers reçoivent un bon accueil. « *Le personnel d'accueil est disponible, attentif et crée une ambiance rassurante. Il donne des informations précises sur le centre, les documents à fournir, les horaires, puis facilite le séjour* » (Propos d'un usager de formation sanitaire, mars et avril 2024). L'analyse de cette déclaration montre que les usagers bénéficient de plus en plus du temps d'accueil relativement court et moins pénible. Le personnel et les prestataires de services sont désormais plus disponibles pour accueillir les usagers et fournir les orientations nécessaires afin de garantir un service efficace. On note aussi un effort de convivialité dans l'accueil qui est cordial et respectueux. La facilitation du séjour des usagers par le service d'accueil se traduit par des supports d'information, des affiches, des panneaux directionnels et l'utilisation de langues adaptées. Elle s'accompagne d'une satisfaction dans les processus d'enregistrement, la simplification des démarches administratives, le respect des dates et horaires de rendez-vous, ainsi qu'une réactivité face aux situations d'urgence.

4. Discussions

Cette étude réalisée dans des formations sanitaires publiques contractualisées du Togo, a permis de comprendre que l'approche contractuelle influence positivement la gouvernance des formations sanitaires. Les résultats de cette étude riment avec ceux de M. Mijiyawa (2023) qui soulignent que l'approche contractuelle a permis d'accroître les ressources pour faciliter l'accès aux services de santé (Mijiyawa M., 2023). Au-delà de la description des changements observables, cette étude a mis en exergue les facteurs qui ont favorisé ces changements.

L'étude a fait une rétrospection sur les maux auxquels s'attaquent l'approche contractuelle pour aboutir sur les changements positifs opérés. Les changements enregistrés doivent s'obtenir aux prix des résistances de certains acteurs détourneurs des ressources affectées pour les services de santé. Jadis certains administrateurs de formations sanitaires et leurs personnels ainsi que les prestataires de services, instigateurs de fraudes, de détournements, d'escroqueries et de vols, souvent absents au poste n'apprécient guère les réformes de l'approche contractuelle. Effectivement selon R. Soparnot (2013), le changement stress et provoque un état de déséquilibre psychologique, remet en cause l'identité de la personne qu'il modifie la nature de sa relation avec l'organisation; il menace en mettant en cause les conditions des jeux de pouvoir des acteurs et leurs libertés d'action; il brise l'équilibre créé par les normes de groupes; il véhicule des valeurs différentes à celles de l'organisation, impose l'apprentissage de techniques

et de méthodes nouvelles (Soparnot R., 2013). Même si les exigences de la contractualisation affectent négativement certains acteurs des formations sanitaires, les pratiques auxquelles s'est attaquée la contractualisation, enfreignent l'éthique et la déontologie des charges pour lesquelles ces agents et cadres sont recrutés. En réalité, les affections négatives des sapeurs de la bonne gouvernance des formations sanitaires ne sont qu'implicites. C'est pourquoi, la satisfaction de besoins des usagers des formations prime sur les intérêts égoïstes de ces prestataires et personnel qui sapent les efforts d'accès aux services de santé.

Les résultats de cette recherche ainsi que ceux de Mijiyawa M. (2023), mettent en avant l'efficacité de l'approche contractuelle qui permet de lever les ressources financières. Cette approche bien qu'elle permette de garantir l'accès aux services de santé, au fond simule la mutation des formations sanitaires publiques en structures privées. Dans un contexte où nombre de citoyens ont des difficultés à payer les frais de soins (Djoré Torouka M., 2021), la contractualisation doit privilégier la réduction des frais de services de santé. À la place de faire des bénéfices, elle peut rendre certains services gratuits pour alléger les contraintes d'accès aux services de santé aux couches vulnérables à la pauvreté.

Il faut aussi s'interroger sur ce que la contractualisation coûte à l'État avant de soutenir son efficacité. Quoiqu'il en soit, six ans plus tard après son expérimentation, il peut être nécessaire de transférer les compétences aux fonctionnaires de l'administration publique afin de rationaliser la gouvernance des formations sanitaires du secteur public.

L'efficacité de l'approche contractuelle dépend fortement de sa conception, de sa mise en œuvre et de son suivi. Bien qu'elle offre des opportunités pour améliorer l'accès aux soins, sa combinaison avec des investissements directs et partenariats communautaires est nécessaire pour maximiser son efficacité.

Conclusion

Les résultats issus de cette étude révèlent que l'approche contractuelle expérimentée pour rationaliser la gestion des formations sanitaires du secteur public au Togo produit un bilan satisfaisant. Cette mesure du gouvernement a réformé les gestions administrative et financière des centres contribuant à bannir les mauvaises pratiques jadis sources d'évasion des ressources allouées au secteur de la santé. Elle facilite le suivi des actions et des activités au niveau de la gouvernance, la prestation de service, l'approvisionnement, les ressources humaines et la communication. Les stratégies de gestion des ressources déployées par les nouveaux dirigeants permettent d'opérer les changements qui favorisent la disponibilité des services. Les prestataires de services bénéficient d'un bon cadre de travail tandis que les usagers perçoivent des changements positifs et sont satisfaits des services reçus dans les centres. L'approche contractuelle des formations sanitaires répond au contexte du système de santé du pays mis en mal par les mauvaises pratiques administratives et professionnelles. Pour mieux gérer les ressources du secteur de la santé afin d'accroître le niveau d'accès des populations à la santé, le gouvernement doit à court terme étendre l'approche contractuelle pour la part importante, voire toutes les formations sanitaires publiques du pays. A long terme, il faut envisager le transfert des compétences de la partie contractante à l'administration publique dont le service coûterait moins cher à l'Etat.

Remerciements

L'auteur de l'article adresse ses remerciements à l' « Alliance for Health Policy and Systems Research » (<https://ahpsr.who.int/>) – l'OMS et l'Université de Lomé pour leurs contributions financière et technique.

Conflits d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts.

Bibliographie

- Akpo Gnandi, O. (2018). Analyse du recours des populations de Lomé à la médecine traditionnelle et Projet de son intégration au système sanitaire du Togo ? Thèse de doctorat unique, Culture et développement, IRES-RDEC, Lomé
- Djoré Torouka, M. (2016). Contribution de l'Église Catholique à la santé à Lomé, Mémoire de master recherche, Sociologie du Développement, Université de Lomé
- Djoré Torouka, M. (2021). Quête de guérison et stratégies des acteurs religieux à Lomé, Thèse de doctorat unique, Sociologie Urbaine, Ville, Environnement et Sociétés en Afrique, Université de Lomé
- Laurence, K. & Wendy, C. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans La recherche en soins de santé, Reflets et Perspectives, LIII, 2014/4 - 67 DOI : 10.3917/rpve.534.0067
- Mijiyawa, M. (2023). L'approche contractuelle dans les formations sanitaires publiques du Togo : une solution au dysfonctionnement des hôpitaux en Afrique, l'harmattan
- Nelson, A. M. (2008), « Addressing the threat of evidence-based medicine practice to qualitative inquiry through increasing attention to quality: a discussion paper », International Journal of Nursing Studies, 45(2), 316-332.
- Plans Nationaux de Développement Sanitaires du Togo, 2002-2006 et 2009-2013
- Politique Nationale de la Qualité des Services de Santé du Togo, 2019
- Politique Nationale de Santé du Togo, 2011
- Rapport du Programme des Nation Unies pour le Développement, 2023-2024
- Rapport sur les Principaux Indicateurs de santé, 2015
- République Togolaise, Ministère de la santé, Politique Nationale de Santé validée avec le Comité des Partenaires en Santé en septembre 2011
- Soparnot, R. (2013). Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus, revue Recherches en Sciences de Gestion-Management Sciences-Ciencias de Gestión, n°97, p. 23 à 43, Éditions ISEOR, ISSN 2259-6372, DOI 10.3917/resg.097.0023

© 2025 DJORE TOROUKA, 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 (2)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 6 April 2025
Accepted, 25 August 2025
Published, 8 September 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Baitobongwa, F. et al. (2025). Analyse de la conformité et de la complétude du dossier anesthésique aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi : Implications pour la qualité et la sécurité des soins. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 120-128. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.8>

Research

Analyse de la conformité et de la complétude du dossier anesthésique aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi : Implications pour la qualité et la sécurité des soins

Assessment of Compliance and Completeness of Anesthetic Records at the University Clinics of Lubumbashi: Implications for Quality and Patient Safety

Félicien Baitobongwa¹, Michaelle Mambwe¹, Grâce Bashale², Koto-Te-Nyiwa Ngbolua^{3*}, Berthe Barhayiga⁴

¹ Département d'anesthésie-Réanimation, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, RDC

² Département de Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, RDC

³ Département de Biologie, Faculté de Sciences et Technologies, Université de Kinshasa, Kinshasa, RDC

⁴ Département d'Anesthésie – Réanimation, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, RDC

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

Résumé

L'objectif de la présente étude était d'examiner la conformité et l'intégralité des dossiers anesthésiques au sein des cliniques universitaires de Lubumbashi, tout en évaluant leur influence sur la qualité des soins ainsi que sur la sécurité des patients. Une étude descriptive transversale a été conduite entre janvier et juin 2023, portant sur un échantillon de 150 dossiers anesthésiques. Les critères d'évaluation comprenaient l'intégralité des informations requises (évaluation préanesthésique, surveillance intra-opératoire, documentation des incidents et suivi post-opératoire) ainsi que la conformité aux recommandations établies par l'American Society of Anesthesiologists (ASA). Les résultats ont mis en évidence une variabilité dans le degré de complétude selon les différentes sections, avec un taux élevé de remplissage observé dans les sections intra-opératoires (75 %), tandis que des lacunes significatives ont été notées dans la documentation post-opératoire (38 %). De plus, la conformité globale aux recommandations établies par l'ASA n'était respectée que dans 61% des cas. Ces résultats mettent en exergue l'impérieuse nécessité de renforcer la documentation anesthésique afin d'améliorer la sécurité des patients.

Mots clés : conformité, complétude, dossier anesthésique, sécurité des soins, qualité des soins.

Abstract

The objective of this study was to assess the compliance and completeness of anesthetic records at the University Clinics of Lubumbashi, while evaluating their impact on quality of care and patient safety. A descriptive cross-sectional study was conducted between January and June 2023, including a sample of 150 anesthetic records. Evaluation criteria encompassed the completeness of required information (pre-anesthetic assessment, intraoperative monitoring, incident documentation, and postoperative follow-up) as well as adherence to the recommendations established by the American Society of Anesthesiologists (ASA). The results revealed variability in completeness across different sections, with a high level of documentation observed in the intraoperative section (75%), whereas significant gaps were noted in the postoperative documentation (38%). Furthermore, overall compliance with ASA recommendations was achieved in only 61% of cases. These findings underscore the urgent need to strengthen anesthetic documentation in order to enhance patient safety.

Keywords: Compliance, completeness, anesthetic record, patient safety, quality of care.

1. Introduction

Les dossiers anesthésiques représentent la documentation fondamentale garantissant une traçabilité optimale des soins anesthésiques, tout en préservant la sécurité des patients avant, pendant et après l'intervention chirurgicale (Apfelbaum et al., 2013 ; Miller et al., 2015 ; Limpoon et al., 2023). Une documentation complète et rigoureuse est essentielle non seulement pour assurer le suivi des événements peropératoires, mais également pour anticiper et gérer de manière efficace les complications potentielles (Kabamba, 2023). Néanmoins, dans divers contextes, notamment dans les pays à ressources limitées, la tenue des dossiers anesthésiques demeure insuffisante, compromettant ainsi la qualité et la sécurité des soins (Mukendi & Katumba, 2023).

Des recherches internationales ont mis en évidence que l'incomplétude des dossiers anesthésiques constitue une problématique persistante. À titre d'exemple, une enquête réalisée au Royaume-Uni par Cook et al. (2011) a démontré que l'absence de documentation détaillée concernant les incidents liés à l'anesthésie représente un facteur de risque significatif pour les erreurs médicales et les complications postopératoires. Par ailleurs, une étude menée par Hofer et al. (2014) a révélé que l'adoption de systèmes informatisés pour la gestion des dossiers anesthésiques améliore considérablement la traçabilité des soins tout en réduisant les omissions dans la documentation.

En Afrique, des études menées par Katumba & Mukendi (2023) ont révélé que l'absence d'audits réguliers ainsi que le déficit de formation du personnel concernant l'importance des dossiers anesthésiques sont des facteurs contribuant aux lacunes observées. Par ailleurs, Staender & Mahajan, (2011) ont souligné que l'adoption de protocoles standardisés favorise une meilleure conformité aux recommandations internationales tout en atténuant les disparités dans la gestion anesthésique. Dans ce cadre, la présente recherche a pour objectif d'évaluer la conformité et la complétude des dossiers anesthésiques au sein des Cliniques Universitaires de Lubumbashi, en se référant aux normes établies par l'American Society of

Anesthesiologists (ASA, 2014). Elle vise également à identifier les principales insuffisances et à proposer des solutions susceptibles d'optimiser la qualité des soins ainsi que la sécurité des patients.

2. **Matériaux et Méthodes**

2.1. *Milieu de l'étude*

Cette étude a été réalisée aux cliniques universitaires de Lubumbashi, dans la ville de Lubumbashi, chef lieux de la province du Haut-Katanga en République Démocratique du Congo. Le choix de ces structures sanitaires se justifie par leur notoriété dans la province, étant l'une des structures du niveau tertiaire au pays.

2.2. *Méthodes*

Nous avons opté pour la méthode quantitative, dans une approche descriptive et transversale réalisée entre janvier et juin 2023.

2.3. *Population et échantillon*

2.3.1. *Echantillon*

Les dossiers inclus dans cette recherche ont été rigoureusement sélectionnés selon des critères précis afin d'assurer la pertinence et la fiabilité des données recueillies. Ont été retenus tous les dossiers anesthésiques relatifs à des patients opérés entre janvier et juin 2023 aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi, comportant une fiche d'anesthésie complète ou partiellement renseignée, et concernant des interventions effectuées sous anesthésie générale, rachianesthésie ou péridurale.

Ont été exclus de manière systématique les dossiers illisibles ou insuffisamment complets, ne permettant pas une évaluation objective, ainsi que ceux correspondant à des interventions réalisées sous anesthésie locale sans la participation directe d'un anesthésiste. L'échantillon final, composé de 150 dossiers, a été constitué par un échantillonnage aléatoire simple à partir de l'ensemble des dossiers respectant ces critères, dans le but de minimiser les biais de sélection.

2.3.2. *Critères d'évaluation*

Les critères d'évaluation utilisés pour mesurer la qualité des dossiers anesthésiques comprennent :

La complétude : vérification de la présence des informations obligatoires (évaluation préanesthésique, médicaments administrés, surveillance des paramètres vitaux, incidents et complications, suivi post-opératoire).

La conformité : comparaison des pratiques documentées avec les recommandations des sociétés savantes internationales (par exemple, l'American Society of Anesthesiologists - ASA).

2.4. *Collecte de données*

Les données ont été recueillies à partir des dossiers anesthésiques archivés, puis soumises à une analyse à l'aide d'une grille standardisée de collecte d'informations. Les résultats ont été synthétisés sous forme de tableaux afin d'en faciliter la compréhension.

2.5. *Analyse des données*

Les données ont été statistiquement analysées à l'aide du logiciel SPSS version 25. Ces analyses essentiellement descriptives ont permis d'atteindre l'objectif de l'étude. En ce sens, les résultats ont été présentés dans des tableaux. Les effectifs et les pourcentages ont été calculés pour chaque variable d'intérêt.

2.6.Considération éthique

Les considérations éthiques liées à cette étude sur l'intégralité et la conformité des dossiers anesthésiques au sein des cliniques universitaires de Lubumbashi revêtent une importance capitale pour assurer le respect des droits des patients, la confidentialité des données ainsi que l'intégrité de la recherche.

Avant le commencement de l'étude, une autorisation a été obtenue auprès du comité d'éthique des cliniques universitaires de Lubumbashi. Ce dernier a scrupuleusement évalué et validé le protocole de recherche afin de garantir que l'étude respecte les principes éthiques fondamentaux et n'entrave ni les droits des patients ni la qualité des soins dispensés.

Les données collectées ont été anonymisées afin d'éliminer tout élément susceptible de permettre l'identification des patients (nom, numéro d'identification, etc.). De ce fait, seules les informations cliniques pertinentes pour évaluer la complétude et la conformité des dossiers ont été examinées.

3. Résultats

3.1. Complétude des sections du dossier anesthésique

Tableau 1 : Complétude des sections du dossier anesthésique

Section du dossier	Nombre de dossiers remplis (n=150)	Taux de complétude (%)
Évaluation préanesthésique	93	62
Surveillance intra-opératoire	113	75
Documentation des incidents	68	45
Suivi postopératoire	57	38
Complétude globale		55

Source : Archive service d'anesthésie 2023

Parmi les 150 dossiers examinés, seulement 62 % incluaient une évaluation préanesthésique exhaustive. La surveillance intra-opératoire, englobant le suivi continu des signes vitaux et la gestion des agents anesthésiques, était correctement documentée dans 75 % des dossiers. Seuls 45 % des dossiers faisant mention d'incidents anesthésiques tels que l'hypotension, les réactions allergiques ou l'hypoxie. La section dédiée au suivi post-opératoire révèle également une déficience significative, avec un taux de complétude se chiffrant à 38 %. Dans l'ensemble, le taux de complétude des dossiers anesthésiques aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi était évalué à 55 %.

3.2. Conformité aux normes de l'American Society of Anesthesiologists (ASA)

Tableau 2 : Conformité aux normes de l'American Society of Anesthesiologists (ASA)

Critère de conformité	Nombre de dossiers conformes (n=150)	Taux de conformité (%)
Classification des risques ASA	105	70
Gestion des complications	75	50
Surveillance continue (vitales)	101	67
Administration des médicaments	120	80
Suivi postopératoire	60	40
Conformité globale		61

Source : Archive service d'anesthésie 2023

En ce qui concerne la conformité aux recommandations de l'ASA, celle-ci s'élevait à 61% pour l'ensemble des dossiers examinés. D'une manière détaillée, 80 % de dossiers ont fait mention des médicaments administrés, 70 % ont indiqué la classification ASA, 67 % ont noté la surveillance continue, 50 % de dossiers ont fourni les informations relatives à la gestion adéquate des complications intra-opératoires et 40 % ont enregistré les informations conformes relatives au suivi post-opératoire.

3.3. Complétude et conformité par type de chirurgie

Tableau 3 : Complétude et conformité par type de chirurgie

Type de chirurgie	Taux de complétude (%)	Taux de conformité (%)
Chirurgie générale	62	68
Chirurgie orthopédique	58	70
Chirurgie gynécologique	47	60
Chirurgie urologique	54	65
Autres chirurgies	50	63

Source : Archive service d'anesthésie 2023

L'analyse des dossiers en fonction des types de chirurgie (chirurgie générale, chirurgie orthopédique, chirurgie gynécologique, etc.) a mis en évidence des disparités concernant la complétude avec 62 % en chirurgie générale, 58 % en orthopédie, 54 % en urologie, 47 % en gynécologie et 50 % dans d'autres spécialités chirurgicales d'une part, et la conformité avec 70 % en orthopédie, 68 % en chirurgie générale, 65 % en urologie, 60 % en gynécologie puis 63 % dans les autres spécialités.

4. Discussion

Les résultats de cette recherche mettent en lumière des insuffisances significatives dans la gestion des dossiers anesthésiques au sein des cliniques universitaires de Lubumbashi, ce qui pourrait avoir des répercussions sur la qualité et la sécurité des soins fournis. Bien que certaines sections des dossiers soient relativement bien tenues, d'autres présentent des lacunes

notables susceptibles d'affecter la prise en charge des patients. Nous nous proposons d'examiner les facteurs contribuant à ces déficiences, les implications pour la sécurité des patients, ainsi que les stratégies envisageables pour leur amélioration.

De la complétude des dossiers anesthésiques

Les résultats de notre étude indiquent que la complétude des dossiers anesthésiques présente une variation significative selon les différentes sections. L'évaluation préanesthésique, bien qu'effectuée dans 62 % des cas, demeure insuffisante. Cette étape est pourtant essentielle, car elle permet d'identifier les risques associés à l'anesthésie en fonction de l'état de santé général du patient. Comme le soulignent Kabamba (2023), une évaluation préanesthésique incomplète ou absente peut conduire à une gestion inadéquate des risques, engendrant potentiellement des réactions indésirables aux anesthésiques ou une sélection inappropriée des agents anesthésiques.

Une des causes potentielles de cette carence pourrait résider dans la surcharge de travail des anesthésistes. Les établissements universitaires se trouvent fréquemment confrontés à un afflux considérable de patients, ce qui peut engendrer des lacunes dans la documentation. De plus, Mukendi & Katumba (2023) soulignent que l'absence de formations régulières axées sur l'importance d'une documentation rigoureuse pourrait également contribuer à ces insuffisances.

La surveillance intra-opératoire, documentée dans 75 % des dossiers, est la section la mieux remplie. Cela peut s'expliquer par le fait que la surveillance continue des paramètres vitaux est une obligation légale et clinique pendant toute intervention chirurgicale. Les anesthésistes y prêtent donc une attention particulière. Cependant, la documentation des incidents anesthésiques, présente dans seulement 45 % des dossiers, montre que de nombreux événements indésirables peropératoires ne sont pas consignés, ce qui rend difficile la traçabilité et l'analyse ultérieure de ces incidents.

De la conformité aux recommandations internationales

La conformité aux recommandations de l'ASA dans les dossiers anesthésiques examinés présente un niveau relativement satisfaisant (61%), bien qu'elle demeure encore éloignée d'une situation optimale. Les principales insuffisances se manifestent dans la classification des risques ASA, qui n'est pas systématiquement documentée avec rigueur, ainsi que dans la gestion des complications peropératoires, souvent sous-estimée. Katumba & Mukendi (2023) attribuent ces carences à une sensibilisation insuffisante du personnel anesthésique concernant les protocoles internationaux et à l'absence d'audits réguliers destinés à évaluer la qualité de la documentation anesthésique.

La consignation des complications anesthésiques constitue un élément fondamental de la conformité aux recommandations, car elle permet d'identifier les causes des incidents et d'instaurer des mesures correctives pour éviter leur réapparition. L'absence de telles données dans une part significative des dossiers expose les patients à un risque accru de récurrence des mêmes complications.

Implications pour la qualité des soins et la sécurité des patients

Les résultats de cette recherche soulignent des insuffisances susceptibles d'entraîner des répercussions considérables sur la qualité des soins ainsi que sur la sécurité des patients.

L'incomplétude des dossiers anesthésiques, en particulier en ce qui concerne la consignation des incidents et le suivi post-opératoire, constitue un risque majeur pour la traçabilité des événements médicaux et la gestion des complications. En l'absence de ces données, il devient ardu pour les professionnels de santé d'adopter des décisions éclairées lors de réinterventions ou face à des complications tardives.

La sécurité des patients dépend en grande partie d'une documentation précise et exhaustive de chaque phase des soins. Les lacunes observées dans la tenue des dossiers anesthésiques, telles que révélées par cette étude, peuvent engendrer diverses conséquences préjudiciables :

Gestion inadéquate des complications : Comme l'indiquent Mukendi & Katumba (2023), l'absence de consignes claires concernant les incidents anesthésiques entrave la capacité des cliniciens à appréhender et à traiter efficacement les complications survenant durant l'intervention chirurgicale. Par exemple, si une réaction allergique à un agent anesthésique n'est pas correctement consignée, cela pourrait conduire à la ré administration du même médicament lors d'opérations ultérieures, augmentant ainsi le risque de complications graves.

Insuffisance du suivi post-opératoire : uniquement 38 % des dossiers contenaient des informations relatives au suivi post-opératoire, un constat particulièrement alarmant. Ce suivi est fondamental pour l'identification et la prise en charge rapide des complications postopératoires précoces telles que les douleurs résiduelles, les anomalies respiratoires ou les infections. L'absence de ces données compromet gravement la capacité des cliniciens à intervenir promptement et à éviter des résultats indésirables.

Risques médico-légaux : la non-consignation d'incidents ou de complications expose les établissements universitaires à des risques juridiques en cas de litiges ou de réclamations formulées par les patients. Katumba & Mukendi (2023) soulignent que des dossiers incomplets ou non conformes peuvent rendre extrêmement difficile la défense lors de poursuites judiciaires, même lorsque les soins administrés étaient appropriés.

La qualité des soins anesthésiques repose de manière significative sur la précision et la rigueur de la documentation médicale. Une documentation incomplète ou non conforme peut engendrer des décisions cliniques erronées, des délais dans la gestion des complications ainsi qu'une coordination déficiente des soins entre les divers professionnels de santé. Comme l'indique Kabamba (2023), le manque de standardisation dans la tenue des dossiers d'anesthésie contribue à une variabilité dans les pratiques et compromet l'homogénéité des soins dispensés aux patients. Par ailleurs, la formation continue et la sensibilisation quant à l'importance d'une documentation exhaustive sont souvent négligées dans les environnements cliniques aux ressources limitées. Cela engendre une culture où la rigueur dans la tenue des dossiers est perçue comme une simple formalité administrative plutôt que comme un élément fondamental pour assurer la sécurité du patient.

5. Conclusion

La présente étude a porté sur l'évaluation de la conformité et de la complétude des dossiers anesthésiques au sein des Cliniques Universitaires de Lubumbashi, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. À travers une analyse descriptive de 150 dossiers examinés selon les critères établis par l'American Society of

Anesthesiologists (ASA), des insuffisances significatives ont été mises en évidence, notamment en ce qui concerne la documentation des incidents (45 %) ainsi que le suivi post-opératoire (38 %), conduisant à un taux global de conformité limité à 61 %. Ces carences compromettent non seulement la traçabilité et la gestion adéquate des complications, mais exposent également l'institution à des risques médico-légaux importants.

Face à ces constats, plusieurs actions concrètes sont recommandées pour pallier ces insuffisances. Premièrement, il est important de mettre en place un programme de formation continue ciblé pour le personnel anesthésique et paramédical, insistant particulièrement sur l'importance de la rigueur documentaire et la gestion des incidents. Deuxièmement, l'harmonisation et la standardisation des outils de collecte et de suivi des données anesthésiques doivent être réalisées, idéalement en s'appuyant sur des formulaires validés et adaptés au contexte local. Troisièmement, l'instauration d'audits documentaires réguliers, avec un retour constructif aux équipes concernées, permettra de maintenir un niveau de qualité constant et d'identifier rapidement les lacunes. Enfin, la transition progressive vers la dématérialisation des dossiers anesthésiques, par le biais de systèmes informatisés sécurisés, améliorera la traçabilité, facilitera l'accès aux données et renforcera la sécurité globale des soins.

La qualité documentaire en anesthésie constitue un indicateur fondamental de la sécurité des soins ; son amélioration est donc indispensable pour garantir la protection du patient, réduire les risques d'erreurs, et optimiser les pratiques cliniques dans une démarche systématique et durable.

Remerciements

Les auteurs expriment leur profonde gratitude envers les autorités administratives des Cliniques Universitaires de Lubumbashi pour leur collaboration essentielle ainsi que pour le soutien apporté dans l'accès aux données indispensables à la réalisation de cette étude. En plus, nos remerciements s'adressent également à tous les membres du personnel médical qui ont contribué à la collecte et à la validation des informations.

Déclaration de conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cette étude.

Références

- Apfelbaum, J. L., Silverstein, J. H., Chung, F. F., Connis, R. T., Fillmore, R. B., Hunt, S. E., Nickinovich, D. G., Schreiner, M. S., Barlow, J. C., Joas, T. A., & American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. (2013). Practice guidelines for postanesthetic care: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology*, 118(2), 291–307. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31827773e9>.
- Cook, T. M., Woodall, N., Harper, J., & Benger, J. (2011). Complications majeures de la gestion des voies aériennes au Royaume-Uni : Résultats du quatrième projet d'audit national du Royal College of Anaesthetists et de la Difficult Airway Society. Partie 2 : Soins

- intensifs et services d'urgence. *British Journal of Anaesthesia*, 106(5), 632–642. <https://doi.org/10.1093/bja/aer059>
- Hofer, C. K., Ganter, M. T., & Zollinger, A. (2014). Amélioration de la qualité de la documentation d'anesthésie grâce à un système modulaire de gestion des informations d'anesthésie (AIMS). *Journal of Clinical Monitoring and Computing*, 28(2), 179–185. <https://doi.org/10.1007/s10877-013-9538-2>
- Kabamba, J.-M. (2023). Facteurs contributifs à la mauvaise tenue des dossiers médicaux dans les services d'anesthésie des hôpitaux universitaires. *Journal Africain de Médecine*, 22(1), 12–25.
- Katumba, P., & Mukendi, N. (2023). Le rôle des audits cliniques dans l'amélioration de la qualité des soins : Cas des cliniques universitaires de Lubumbashi. *Actes du Congrès Africain de Santé Publique*, 28(2), 101–115.
- Limpoon, S., Seangrungs, R., & Nimmankiatkul, A. (2023). Factors affecting completeness of anaesthetic record: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 85(11), 5433–5438. <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000001336>
- Miller, R. D., Eriksson, L. I., Fleisher, L. A., Wiener-Kronish, J. P., & Cohen, N. H. (2015). *Anesthésie de Miller* (8e éd.). Elsevier Health Sciences. ISBN 978-0-7020-5283-8.
- Mukendi, N., & Katumba, P. (2023). La documentation anesthésique : Importance et impact sur la sécurité des soins. *Revue de Santé Publique de Lubumbashi*, 12(3), 45–60.
- Société Américaine des Anesthésistes (ASA). (2014). Normes pour la surveillance anesthésique de base (2 pages). Consulté le 26 avril 2025, sur <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/standards-for-basic-anesthetic-monitoring>
- Staender, S., & Mahajan, R. P. (2011). Sécurité de l'anesthésie : Modèle d'amélioration. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 24(6), 633–639. <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e32834cb60d>

© 2025 BAITOBONGWA, 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 (2)

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

Received, 2 May 2025

Accepted, 28 September 2025

Published, 6 October 2025

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

To cite: Ouattara K.(2025). *Problématique du décrochage thérapeutique chez les diabétiques suivis au Centre Anti-diabétique d'Abidjan (CADA)*. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*,7(2), 129-146.
<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.9>

Research

Problématique du décrochage thérapeutique chez les diabétiques suivis au Centre Anti-diabétique d'Abidjan (CADA)

The problem of diabetics dropping out of treatment at the Abidjan Anti-diabetic Center (CADA)

Dr Ouattara Kalilou

Chercheur, Institut d'Ethno-Sociologie (IES), Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody/Abidjan, Côte d'Ivoire

Correspondance : email : ouattara_kalilou@yahoo.fr ; Tél : + 225 07 07 36 96 21

Résumé

Cet article a pour objectif d'analyser les dynamiques sociales qui contribuent au décrochage thérapeutique constaté chez 43% des diabétiques suivis au Centre Anti-Diabétique d'Abidjan (CADA) sur la période 2020-2023. La démarche qui structure ce travail de recherche qui s'est déroulé du 12 au 23 février 2024, est adossée sur une approche mixte (qualitative et quantitative). Pour la collecte des données d'enquête, l'étude a mobilisé la technique par entretien semi-dirigé et par questionnaire et s'est appuyée sur l'échantillonnage à choix raisonné. La population cible principale est constituée de malades diabétiques qui étaient suivis au CADA et qui, à un moment donné de leur parcours, ont disparu des rangs des patients qui viennent aux rendez-vous médicaux. Pour obtenir des informations complémentaires à celles livrées par les diabétiques, des professionnels de santé et des responsables d'associations nationales de diabétiques ont été également interrogés. Les principaux résultats qui se dégagent de cette recherche montrent que le profil socio-démographique notamment l'âge, le niveau d'instruction, le pouvoir d'achat des diabétiques concernés, leur perception du traitement anti-diabétique liée aux pesanteurs socioculturelles et aux restrictions induites ainsi que la désintégration du soutien social associée au pluralisme thérapeutique qui s'offre à eux conduisent à se détourner du suivi médical formel au CADA.

Mots-clés : CADA, Décrochage thérapeutique, Dynamiques sociales, Diabétique, pluralisme thérapeutique

Abstract

This article aims to analyze the social dynamics that contribute to the therapeutic drop-out observed in 43% of diabetics followed at the Center Anti-Diabétique d'Abidjan (CADA) over the period 2020-2023. The approach that structures this research work, which took place from February 12 to 23, 2024, is based on a mixed approach (qualitative and quantitative). For the collection of survey data, the study mobilized the technique by semi-directed interview and questionnaire and was based on reasoned choice sampling. The main target population is diabetic patients who were followed in Canada and who, at some point in their journey, disappeared from the ranks of patients who come to medical appointments. Health professionals and leaders of national diabetic associations were also interviewed to obtain additional information beyond that provided by diabetics. The main results of this research show that the socio-demographic profile including age, education level, purchasing power of the diabetics concerned, their perception of anti-diabetic treatment related to socio-cultural burdens and induced restrictions as well as the disintegration of social support associated with therapeutic pluralism that is available to them lead to a shift away from formal medical follow-up in Cada.

Keywords: CADA, Therapeutic disengagement, Diabetics, Social dynamics, therapeutic pluralism

1. Introduction

Le diabète est une maladie chronique qui se définit par une élévation durable du taux de sucre dans le sang ou hyperglycémie. La Fédération Internationale du Diabète (2023) estime à plus de cinq cents millions le nombre de personnes vivant avec le diabète. Ce nombre pourrait croître de façon vertigineuse pour atteindre 1,3 milliard de cas au cours des 30 prochaines années, avec une augmentation dans chaque pays. Toutes les couches sociales sont touchées par cette maladie dans tous les pays du monde. Le taux de prévalence actuel, qui s'élève à 6,1 %, fera croître le diabète l'une des dix principales causes de décès et d'incapacité au niveau mondial.

En Côte d'Ivoire, le Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques et le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMM /PMNT) ont, en 2017, estimé la prévalence du diabète à 6,2%. Face à l'ampleur de cette maladie qui appelle une réponse efficiente, l'Etat ivoirien a adopté plusieurs mesures dont la subvention du coût des médicaments, particulièrement celui de l'insuline qui est passé de 16.800 FCFA (environ 29 USD) à 7300 FCFA (environ 13 USD) dans le privé, et 3700 FCFA (environ 6 USD) dans le public et la création de micro-cliniques installées dans des centres de santé publics afin de favoriser l'amélioration et l'accessibilité aux soins (Ouattara, 2016). En outre, au cours des visites les patients diabétiques bénéficient gratuitement de séances d'informations, de sensibilisations, de conseils hygiéno-diététiques indispensables pour une meilleure auto-gestion de leur maladie. Un accompagnement psycho-social est fourni par les assistants sociaux en vue de leur faciliter le suivi quotidien des soins. Le centre anti-diabétique d'Abidjan (CADA), qui est la plus importante structure sanitaire spécialisée dans

la prise en charge des diabétiques de la ville d'Abidjan (plus de 13.000 patients enregistrés par an au cours de cette dernière décennie) s'est restructuré en intégrant l'éducation thérapeutique dans ses activités, au profit des patients.

Malgré, le référentiel d'expérience du CADA et l'amélioration du dispositif de prise en charge des diabétiques, l'on constate que sur la période 2020-2023, 43% des diabétiques suivis par ce centre spécialisé, après deux à trois ans de soins, ne sont plus revenus pour des consultations. Ils sont perdus de vue. Ce constat soulève l'interrogation suivante : Pourquoi au bout de quelques années de parcours de soins au CADA, une part significative des diabétiques cessent de venir aux consultations ? Autrement dit, quelles dynamiques sociales sont à l'origine du décrochage thérapeutique constaté chez les diabétiques suivis au CADA ? Ainsi, cette étude vise à analyser les dynamiques sociales qui contribuent au décrochage thérapeutique chez les patients diabétiques suivis au CADA.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Type de l'étude, période et cadre de réalisation

Cette étude qui est d'ordre analytique, s'est effectuée du 12 au 23 février 2024. Elle a eu pour cadre le CADA logé au sein de l'Institut National de Santé Publique (INSP) situé dans la commune d'Adjamé (au centre d'Abidjan). Le CADA est la plus ancienne et la plus importante structure sanitaire spécialisée dans la prise en charge médicale des patients diabétiques au niveau national. Environ onze mille patients y sont enregistrés chaque année.

2.2. Cible et échantillonnage

Le champ social permet d'indiquer la catégorie cible de la population à l'étude. Trois (3) catégories d'acteurs ont été ciblées par cette étude, à savoir : les diabétiques suivis au CADA (qui forment la population cible) ; le personnel soignant spécialisé en diabétologie (experts dans la prise en charge des diabétiques) et les travailleurs sociaux qui forment la deuxième catégorie; les leaders d'associations de diabétiques impliqués dans la lutte contre le diabète en Côte d'Ivoire dont la qualité de leurs déclarations permettent d'avoir des informations à même de mieux éclairer sur la problématique du décrochage thérapeutique observée chez les diabétiques.

Toutes ces catégories d'acteurs ont été sélectionnées sur la base de l'échantillonnage à choix raisonné. Ainsi, après avoir atteint la saturation des données (tel que définie par Glaser et Strauss, 1967) nous avons pu échanger avec trente-quatre (34) diabétiques perdus de vue, quatre (04) agents de la santé, deux (2) assistantes sociales et deux (2) leaders d'associations de diabétiques ; soit un total de quarante-deux (42) enquêtés.

2.3. Techniques de collecte des données

La collecte des données d'enquête s'est faite par la recherche documentaire, les entretiens semi-dirigés avec le personnel soignant, les assistants sociaux et les entretiens téléphoniques auprès des diabétiques perdus de vue. Ces entretiens téléphoniques ont été possibles grâce aux numéros de téléphone qui nous ont été communiqués par le personnel soignant et les travailleurs sociaux qui ont accès aux registres portant informations sur les patients.

2.4. Outils de collecte des données et traitement

À l'aide d'un guide d'entretien, nous avons procédé à la collecte des données qualitatives. Les données collectées ont été dépouillées manuellement. Elles ont par la suite fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. Les informations retenues ont été illustrées à l'aide de verbatims. Quant aux données d'ordre quantitatif, elles ont été collectées à l'aide d'un questionnaire et traitées par le logiciel Excel. Ce qui a permis de produire des tableaux et des graphiques statistiques.

2.5. Posture théorique et considérations éthiques

Deux approches théoriques ont été mobilisées pour fournir une explication intelligible du décrochage thérapeutique noté chez les diabétiques suivis au CADA : Il s'agit de la théorie de l'engagement et de la dissonance cognitive de Kiesler (1971) et la théorie de la stigmatisation d'Erving Goffman (1963). Selon la théorie de l'engagement et de la dissonance cognitive, l'engagement du patient dans son traitement peut être influencé par la manière dont il perçoit les bénéfices du traitement et les efforts qu'il doit fournir. Lorsque les attentes ne sont pas rencontrées, elles peuvent développer une dissonance cognitive, c'est-à-dire un sentiment de tension entre leurs efforts (la persévérance dans le traitement) et les résultats perçus comme insuffisants. Ce mécanisme peut conduire à un relâchement de l'observance thérapeutique. Quant à la théorie de la stigmatisation, elle met l'accent sur l'impact des stéréotypes sociaux et des attentes normatives sur le comportement des individus. Ainsi, les diabétiques peuvent percevoir leur suivi thérapeutique comme un rappel constant de leur maladie et de leur responsabilité dans ce qui leur est arrivé (le diabète étant perçu comme une maladie liée au mode de vie).

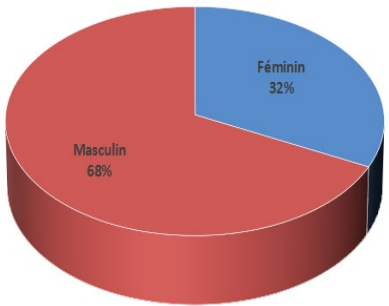
En rapport avec les considérations éthiques, nous avons pris soins d'expliquer aux différents acteurs, le bien-fondé de cette étude bien avant d'échanger avec eux et nous les avons rassurés de garder leurs propos et leurs identités sous anonymat. C'est pourquoi nous avons attribué des lettres pour identifier les auteurs des verbatims cités dans l'exploitation des données.

3. Résultats

3.1. Les caractéristiques des diabétiques en situation de décrochage thérapeutique

3.1.1. Le genre

Graphique 1 : Répartition des enquêtés selon le genre



Source : notre enquête, février 2024

La répartition des enquêtés en fonction du genre indique 68% des diabétiques interrogés sont de sexe masculin et 32% sont de sexe féminin. Ce chiffre confirme la littérature qui indique qu’au niveau mondial le diabète touche plus les hommes que les femmes.

3.1.2. Répartition des enquêtés selon leur âge

Tableau 1 : Répartition des enquêtés selon l’âge

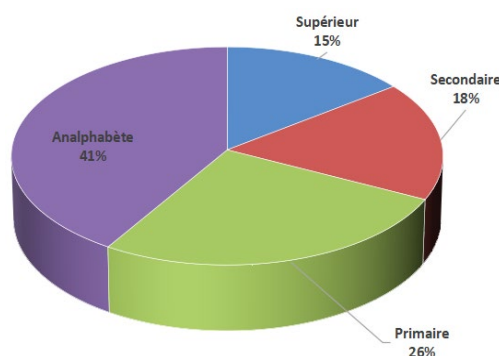
Age	Effectif	Pourcentage
35-40 ans	3	9%
45-50 ans	3	9%
50-55 ans	5	15%
55-60 ans	9	26%
Plus de 65 ans	14	41%

Source : notre enquête, février 2024

Le tableau statistique 1 ci-dessus renseigne que 18% des enquêtés ont entre 35 et 50 ans, et 26% ont un âge compris entre 55 et 60 ans tandis que 41% d’entre eux sont âgés de plus de 65 ans. Ce qui signifie qu’au CADA le diabète touche beaucoup plus les personnes du troisième âge. Le taux élevé de personnes de troisième âge dans la population d’enquête peut se justifier par le fait que les maladies métaboliques, dont le diabète, touchent généralement plus les personnes de cette tranche d’âge. C’est d’autant plus vrai en ce sens qu’à partir du troisième âge le mode de vie se caractérisant par la sédentarité, le manque d’activités physiques, le stress, le poids de la vie sociale, l’on est plus exposé aux pathologies métaboliques.

3.1.3. Le niveau d’instruction des enquêtés

Graphique 2 : Répartition des enquêtés selon le niveau d’instruction



Source : notre enquête, février 2024

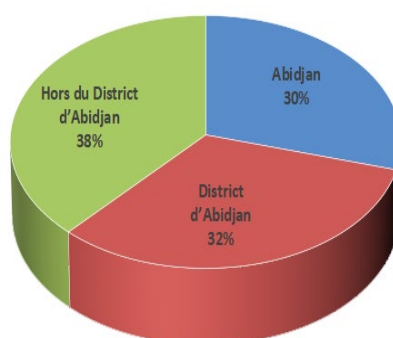
Pour cette étude, les chiffres du graphique 2 ci-dessus montrent que 41% des diabétiques que nous avons interrogés sont analphabètes, 26% ont le niveau d'étude primaire. Ceux qui ont fait des études supérieures représentent 15% de la population d'enquête.

Le niveau d'instruction est un facteur déterminant de compréhension, du savoir-être, du comportement de l'individu face à la maladie. Le suivi thérapeutique du diabète étant complexe et contraignant, il est indispensable pour le diabétique de disposer d'une meilleure compréhension de la conduite à tenir dans l'autogestion de sa maladie.

Mieux connaître sa maladie, savoir comment se comporter, obéir aux exigences pour éviter des complications et vivre « une vie normale » est une entreprise que le diabétique devra construire. Elle n'est pas gagnée d'avance. Il lui faut opérer un réajustement social aux contours multiples. Cela passe par la capitalisation d'une éducation thérapeutique dans laquelle le niveau d'instruction du malade constitue le pilier central. Savoir comment s'auto-administrer les injections d'insuline par exemple, comment prendre ses médicaments, connaître la composition de son régime alimentaire, les risques encourus en cas d'inobservance des prescriptions nécessite de la part du diabétique et de ses aidants familiaux de disposer d'un niveau d'instruction minimum, c'est-à-dire savoir lire et écrire.

3.1.4. Le lieu de résidence

Graphique 3 : Dispersion des enquêtés suivant le lieu de résidence



Source : notre enquête, février 2024

La distance géographique que parcourt un malade pour accéder à un centre de santé peut être un obstacle à la prise de décision pour la conduite des soins. Selon Picheral (2001), l'accessibilité géographique est la capacité matérielle d'accéder aux services de santé. Les

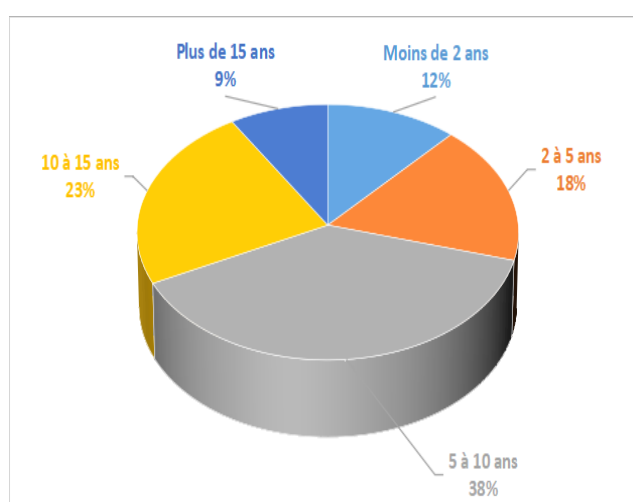
données indiquées sur le graphique 3 ci-dessus laissent observer que 30% des diabétiques interrogés résident dans la ville d'Abidjan et 38% d'entre eux résident hors du district d'Abidjan (à l'intérieur du pays) tandis que 32 % vivent dans le district.

En d'autres termes, 62% des enquêtés résident à Abidjan et dans le district d'Abidjan. Le district comprend les dix communes de la ville d'Abidjan plus les communes d'Anyama, de Bingerville et de Songon. À travers l'urbanisation accélérée en cours en Côte d'Ivoire durant ces deux dernières décennies, ces trois communes annexes ont fusionné avec la ville d'Abidjan et sont devenues plus accessibles. Vu sur cet angle, la majorité des diabétiques (62%) qui sont suivis au CADA ne devraient pas avoir beaucoup de difficultés à se rendre dans ce centre spécialisé pour honorer leurs rendez-vous, faire des contrôles et garder ainsi le fil de soins.

Mais l'accessibilité géographique n'étant pas l'unique déterminant de l'observance thérapeutique, il va sans dire que d'autres variables telles que l'âge, le pouvoir d'achat, le niveau d'instruction et l'assistance d'un accompagnateur ont un impact significatif sur le rapport à la santé, le suivi médical d'une maladie complexe et perturbatrice comme le diabète.

3.1.5. L'expérience maladie

Graphique 4 : Le temps passé dans la maladie



Source : notre enquête, février 2024

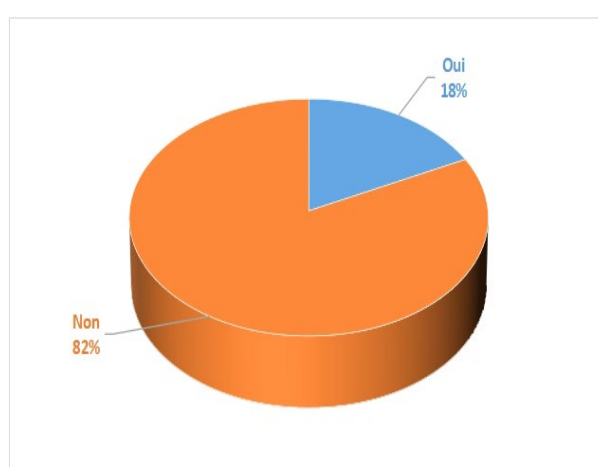
Les statistiques fournies par le graphique 4 nous donnent de constater que 38% des patients diabétiques interrogés vivent dans la maladie depuis 5 à 10 ans ; 23% vivent avec le diabète depuis 10 à 15 ans et 9% d'entre eux ont une expérience pathologique qui date de plus de 15 ans. En somme, 70% des diabétiques qui bénéficiaient d'un suivi médical au CADA ont par la suite décroché. Nous notons donc que le temps passé dans la maladie, qui détermine l'expérience pathologique, est également un autre facteur explicatif de l'abandon des soins fournis au CADA par les diabétiques.

Cet état de fait peut trouver son explication dans le fait que le diabète est une pathologie incurable. Son traitement est complexe et contraignant. Il impacte indubitablement la vie de celui ou celle qui en souffre, modifie sa trajectoire sociale. De ce fait, il finit par exaspérer et épuiser psychologiquement, socialement et financièrement le malade et même son entourage.

Les diabétiques concernés par la présente étude n'échappent pas à cette réalité surtout que l'étude montre que 82% des sujets interrogés ont plus de 55 ans, 70 % vivent hors de la ville d'Abidjan. Ce qui peut entraîner des difficultés de mobilité susceptibles de démotiver bon nombre de patients à garder le fil avec les services du CADA et par conséquent à se tourner vers d'autres voies.

3.1.6. Le relâchement de la solidarité familiale autour de la gestion des soins

Graphique 5 : Répartition des enquêtés selon qu'ils bénéficient régulièrement ou non de l'assistance d'accompagnateur pour les visites médicales



Source : notre enquête, février 2024

La gestion du diabète désorganise les habitudes de vie, modifie la trajectoire sociale de l'individu qui est confronté à cette maladie incurable, car il doit apprendre à vivre avec, s'y adapter et redimensionner son quotidien. Y parvenir n'est pas ipso facto. Cela nécessite la mobilisation de ressources matérielles, physiques et psychologiques. C'est pourquoi le diabétique, qu'il soit insulino-dépendant ou non, a besoin d'assistance notamment celle d'un accompagnateur pour les rendez-vous médicaux.

Pour la présente étude, les chiffres contenus dans le tableau ci-dessus renseignent sur le fait que vingt-huit des trente-quatre diabétiques interrogés, soit 82 %, ont affirmé qu'ils ne bénéficient pas régulièrement de l'assistance d'accompagnateur pour les visites médicales. Seulement 6 enquêtés, soit 18 %, ont dit qu'ils bénéficient régulièrement de l'assistance d'un accompagnateur pour les rendez-vous médicaux.

Alors que les données exposées plus haut indiquent que 82% des enquêtés ont plus de 55 ans et que 82% d'entre eux ne bénéficient pas de l'assistance d'un accompagnateur pour les rendez-vous médicaux au CADA tandis que 70% résident hors de la ville d'Abidjan, il est aisé de comprendre qu'il n'est pas donné à tous les malades diabétiques de respecter leurs rendez-vous médicaux (qui sont trimestriels ou semestriels) et de rester en contact avec le CADA.

3.1.7. Le pouvoir d'achat des enquêtés en fonction de leur revenu mensuel

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon le revenu mensuel

Revenu mensuel	Effectif	Pourcentage
Moins de 100.000 f CFA	7	21%
100.000 à 150.000 f CFA	10	29%
150.000 à 200.000 f CFA	7	21%
200.000 à 300.000 f CFA	6	18%
Plus de 300.000 f CFA	4	11%

Source : notre enquête, février 2024

En examinant les chiffres du tableau 2 ci-dessus, l'on note que 21% des diabétiques interrogés gagnent moins de 100.000 f CFA par mois, 29% ont un revenu mensuel compris entre 100.000 et 150.000 f CFA, tandis que 18% ont plus de 200.000 f CFA comme revenu mensuel et 11% ont plus de 300.000 f CFA par mois. Ces chiffres donnent une indication sur le pouvoir d'achat de ces personnes diabétiques suivies au CADA.

Le revenu dont dispose un individu ou une famille détermine son rapport à la santé. Le revenu mensuel détermine le pouvoir d'achat et donc la capacité qu'a un individu à faire face aux charges quotidiennes. En effet, la santé étant l'un des piliers de la vie de l'être humain, parvenir à faire face aux dépenses liées aux problèmes de santé est primordial. Les dépenses de santé peuvent augmenter en fonction de la taille de la famille et au fur et à mesure que l'âge augmente ou que l'on tend vers la vieillesse, car vieillir entraîne l'apparition de certaines pathologies chroniques. Or, la gestion de ces maladies exacerbe les dépenses de la famille. Ainsi, 82% des diabétiques interrogés étant des personnes du troisième âge, l'on peut déduire qu'en plus du diabète qu'ils ont à gérer au quotidien, ils sont aussi sujets à d'autres pathologies sous-jacentes qui alourdissent leurs dépenses de santé. Ce qui rend hypothétique l'observance du traitement médical recommandé. Ces difficultés peuvent se manifester par l'incapacité à faire face aux examens biologiques de routine. Toute chose qui peut emmener le diabétique à interrompre ses visites et ne plus honorer ses rendez-vous médicaux.

En 2013, la contribution des ménages aux dépenses totales de la santé en Côte d'Ivoire représente 57% du financement. Selon l'OMS (2012), sur la période 2002-2010, les dépenses totales de santé par habitant en Côte d'Ivoire sont en progression, passant de 109 à 185 \$US. Soit 66.490 à 112.850 F CFA. À cela, il convient d'ajouter l'inflation (estimée à 3-5 %) depuis ces cinq dernières années qui impacte considérablement le pouvoir d'achat des populations et exaspère les dépenses quotidiennes des ménages. En dépit de la synergie d'action entre l'Etat ivoirien et les organisations non gouvernementales locales qui a permis la réduction de certains produits médicaux telle que l'insuline (passé de 16.000 à 3500 f CFA depuis 2013) et les anti-diabétiques oraux, le traitement du diabète demeure onéreux à cause du traitement au long cours de cette pathologie.

Dans ce contexte, disposer d'un revenu mensuel compris entre 100.000 et 200.000 F CFA peut ne pas suffire pour soutenir durablement le suivi thérapeutique du diabète qui, en plus du traitement médicamenteux, nécessite le respect d'un régime alimentaire spécifique. Or, ce régime alimentaire entraîne également un supplément de dépenses sur le budget du ménage déjà éprouvé par les autres charges de la vie quotidienne. Par conséquent, le diabétique face au dépérissement de son pouvoir d'achat peut ne plus donner la priorité au suivi de sa santé à travers les visites médicales au CADA et opter pour d'autres voies thérapeutiques.

3.2. La perception du traitement anti-diabétique sous la trame de pesanteurs socio-culturelles et de restrictions

Longtemps considéré comme la maladie des couches sociales les plus aisées ou des sociétés industrialisées, le diabète est resté méconnu surtout en milieu rural (Ouattara, 2016). En milieu urbain, cette maladie n'est pas trop répandue. C'est au fil du temps que les populations ont eu une idée plus précise de l'existence du diabète et de ses manifestations. Ainsi, dans l'imaginaire populaire, le diabète apparaît comme la maladie du sucre. Nombreux arrivent à lier la cause du diabète à la trop grande consommation du sucre. D'où le nom '*maladie du sucre*'. (Droh A., 2015)

Toutefois, les pesanteurs socioculturelles renforcées par l'analphabétisme font que le diabète est perçu comme un sort lancé par les mauvais esprits, des esprits malfaisants, des sorciers qui seraient des membres de la famille résidant au village ou des jaloux que l'on côtoie au sein de la communauté ou dans le milieu professionnel. Cette perception tient au fait qu'en Afrique, la maladie n'est jamais un simple fait biologique, un désordre biologique, mais un désordre métaphysique car l'homme est à la fois physique, métaphysique et spirituel. Ce désordre biologique au sens de la rationalité médicale est interprété comme l'œuvre du sorcier, de l'esprit malfaisant, du mauvais génie. C'est cette logique interprétative qui gouverne le rapport des gens à la maladie. L'une des assistantes sociales que nous avons interrogées confirme notre point de vue en ces termes :

« Dans leur entendement, les gens pensent que la maladie dont ils souffrent n'est pas simple. On leur fait croire que ce sont des sorciers dans la famille qui leur ont lancé un mauvais sort. D'autres mêmes disent que c'est parce que les gens sont méchants qu'ils ont eu cette maladie. Ce qui fait que les patients que nous suivions ici au CADA, sortent de la file de soins et vont voir les tradipraticiens, les marabouts, pasteurs dans les églises. Il y en a qui reviennent plusieurs années après, d'autres par contre restent sans nouvelles. On apprend souvent le décès de certains, les plus connus de nos services, à travers leurs amis ou les associations de diabétiques ».

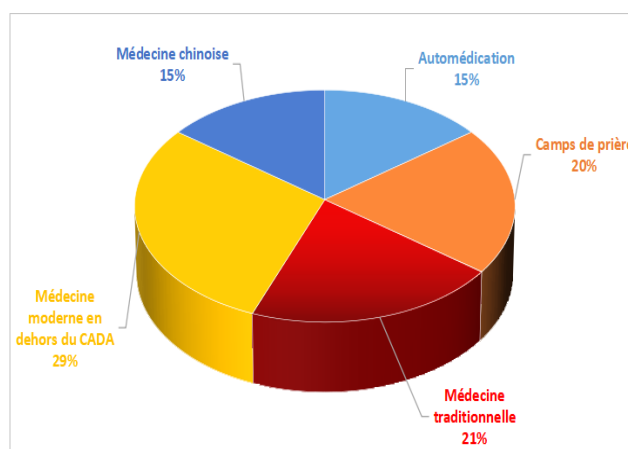
Aussi, le caractère chronique du diabète impose un traitement à vie. Les diabétiques traités à l'insuline sont tenus d'observer les injections multiples d'insuline au quotidien à des heures précises afin de parvenir à l'équilibre glycémique. Quant aux diabétiques sous anti-diabétiques oraux, ils sont également soumis au respect des horaires de prise de ces comprimés et cela tous les jours sans discontinuer. Tout un lot de contraintes sous-tend la gestion quotidienne de cette pathologie. En plus des restrictions et observances

thérapeutiques, le diabétique est contraint à un régime alimentaire qui lui interdit la consommation de certains aliments auxquels il était habitué. Les habitudes alimentaires changent, le quotidien est perturbé. L'individu perd là une partie de son estime de soi. Il pense qu'il n'est plus lui-même et que la fin de sa vie n'est plus loin. La mort sociale hante son esprit. Pourtant, il doit continuer à vivre et par conséquent, il se doit d'apprendre à vivre avec cette "sale maladie" qui veut lui ôter la vie. L'obligation de réajustement social, parfois difficile à opérer pousse le diabétique à abandonner le suivi de son état de santé. Il ne revient plus au CADA pour les contrôles médicaux. L'un des médecins nous le confirme à travers son verbatim ci-dessous :

« Cette sale maladie est venue mélanger notre vie. On fait avec sinon ce n'est pas facile. Il faut ceci, il ne faut pas cela. On ne vit plus. On ne doit plus manger certains aliments auxquels on était habitué. Moi, à cause de la maladie là, je ne peux pas durer en voyage. Pour ne pas gêner les gens avec les interdits. Ceux qui sont sous insuline sont obligés de se piquer plusieurs fois chaque jour. C'est une souffrance ». (février 2024, CADA)

3.3. L'itinéraire thérapeutique possible des diabétiques en rupture avec les soins au CADA

Graphique 6 : Répartition des enquêtés suivant le parcours de soins



Source : notre enquête, février 2024

Sur ce graphique, l'on observe que 29% des diabétiques interrogés ont affirmé continuer les soins médicaux mais en dehors du CADA ; 20% se sont orientés vers les camps de prière tandis que 21% sollicitent la médecine traditionnelle. Aussi, 15% d'entre eux pratiquent l'automédication et 15% ont recours à la médecine chinoise. Ces données montrent que les diabétiques dans leur grande majorité en rompant le fil avec les services du CADA, empruntent d'autres voies de traitement en s'orientant vers la médecine traditionnelle, la médecine chinoise, les camps de prière et en pratiquant l'automédication. Ceux d'entre eux qui continuent de croire en la médecine moderne, vont se faire traiter dans des centres de santé de proximité autres que le CADA. La majorité a conscience de la nécessité de continuer à suivre les soins médicaux pour la gestion de leur état de santé. Sauf qu'ils ne reviennent plus

au CADA pour se faire suivre. Si cela s'avère réel, c'est que ces attitudes et pratiques peuvent être liées au poids de l'âge et à la distance géographique que les malades ont à parcourir pour se rendre au CADA alors que nombreux n'ont pas régulièrement d'accompagnateurs qui puissent les aider dans le déplacement et les assister.

En rapport avec ces considérations subjectives qui s'écartent de toutes approches rationnelles et face aux restrictions multiples qui s'imposent au diabétique, celui-ci, en quête d'un mieux-être, sous influence de son entourage, est très souvent tenté de s'orienter vers d'autres voies thérapeutiques. Ainsi, après avoir observé le traitement thérapeutique au CADA, après avoir fait « le traitement des blancs », le diabétique se tourne vers d'autres voies thérapeutiques. Madame K, l'une des enquêtées, soutient ce choix lorsqu'elle dit ceci : *« On essaie tout, avec les médicaments des blancs on peut stabiliser le taux de glycémie mais ça ne guérit pas. Donc, on a recours à des médicaments africains que souvent des connaissances nous conseillent »*. (février 2024)

L'un des leaders d'associations de diabétiques renchérit et va plus loin en évoquant le poids économique du traitement, l'exacerbation liée à l'impossibilité de guérir un jour de cette maladie et les difficultés de mobilité pour les seniors diabétiques. Voici son verbatim :

« Lorsqu'on s'est traité pendant plusieurs années avec les médicaments des blancs, c'est toujours difficile, on est tenté de recourir à d'autres voies de guérison. Il y'a aussi le fait que beaucoup, surtout les personnes âgées, ont du mal à se déplacer pour venir ici au CADA et continuer à se faire suivre. Le traitement du diabète reste encore coûteux malgré les actions menées en faveur de la lutte contre cette maladie. Tout ceci explique pourquoi les gens à un moment donné de leur parcours de soins disparaissent ». (février 2024, CADA)

3.4. Le relâchement du soutien social autour du diabétique

Le diabète est une maladie qui ne se guérit pas. Cependant, elle se traite et se gère au quotidien. Le caractère incurable de cette pathologie rend complexe le suivi de l'état de santé du diabétique. La gestion du diabète se présente donc comme une activité de longue haleine qui requiert la mobilisation de ressources psychologiques, sociales, et financières aussi bien de la part de l'individu malade que de la part de la famille, voire de la communauté et/ou du milieu professionnel sans cesse. Ainsi, la solidarité autour du malade dans sa quête du mieux-être est un pilier essentiel dans la gestion de son état. Cette solidarité se construit autour du soutien psychologique, matériel et financier des uns et des autres autour du malade. Chez bon nombre de patients diabétiques interrogés, le soutien social apporté par la famille (les enfants, les frères et sœurs), des amis, des collègues et les associations de diabétiques leur permet de surmonter l'angoisse, le désespoir causé par l'apparition inattendue de la maladie. Cela se confirme dans le verbatim suivant :

« Sans nos enfants, nos frères et certains amis et collègues, la maladie nous aurait emportés depuis. La famille, tout comme les actions de notre association, est notre espoir face au mal qui menace notre vie. C'est la solidarité autour de

notre cause qui nous aide à surmonter un temps peu les problèmes que nous, les diabétiques, vivons ». (février 2024)

Mais, au fil des ans, les problèmes sociaux, les charges de la vie quotidienne que les uns et les autres vivent font que la solidarité qui s'est construite autour du parent ou de l'ami diabétique s'effrite. L'épuisement en termes d'accompagnement physique, financier, matériel, psychologique s'installe. L'attention accordée au parent ou à l'ami malade du diabète finit par se rétrécir et même par ne plus exister. Il est délaissé et livré à son propre sort, sans soutien véritable.

Le relâchement du soutien social qui s'ensuit crée une situation d'insécurité, de précarité qui enfonce le diabétique dans la tourmente surtout que la plupart d'entre eux sont du troisième âge (donc fragiles) et à la retraite (plus de revenus soutenus). Ils n'ont plus d'argent suffisant pour faire face aux dépenses de leur santé. Ce qui finit par emmener les malades à marquer des ruptures dans leur parcours de soins. Ils deviennent rares aux rendez-vous médicaux pour les contrôles et très souvent abandonnent le suivi médical assuré par le CADA au bout d'une certaine période. Cette analyse est corroborée par le témoignage de l'une des assistantes sociales qui dit ceci :

« La plupart des patients que nous avons perdu de vue, et que nous recontactons par téléphone après, sont des gens du troisième âge qui bénéficiaient de l'aide, de l'assistance de leurs parents (enfants, conjoints), amis ou associations durant de longs moments. Mais comme le diabète là épuise financièrement et socialement, les autres finissent par s'épuiser et ils ne soutiennent plus les malades comme il se devait. Ce qui fait que les malades abandonnent les soins que nous leur apportons ici et se tournent vers les vendeurs de médicaments traditionnels et chinois, l'automédication, les églises et camps de prière qui ne sont pas la solution indiquée pour l'équilibre de leur santé, mais au contraire aggravent leur situation. C'est dommage mais c'est la réalité ». (février 2024, bureau du service social au CADA)

4. Discussion

Les caractéristiques de la population d'enquête

Dans une étude effectuée en France sur les facteurs associés à la rupture du parcours de soins chez des diabétiques de type 2, Coline Hehn et al. (2023) ont mis l'accent sur les caractéristiques socio-économiques des sujets interrogés. Parmi ces caractéristiques figurent l'âge, le sexe et la situation économique. En effet, ces auteurs ont trouvé que la moyenne d'âge était de 63 ans pour le groupe de participants considéré par le questionnaire comme n'étant pas en rupture, et de 64 ans pour ceux l'étant. Les femmes étaient plus nombreuses dans les deux groupes et la moitié des répondants était à la retraite. Concernant le niveau d'études, la plupart des patients dans le groupe rupture interrogés s'étaient arrêtés au certificat d'études. Pour le groupe n'étant pas en rupture, la quasi-totalité des répondants étaient allés jusqu'au baccalauréat et plus.

En outre, la même étude a ressorti que la plupart des patients rencontrés et étant en rupture du parcours de soins étaient en situation de précarité. La précarité est généralement la conséquence d'un faible capital économique (difficultés d'accès aux soins), social (relations avec autrui) et culturel (compréhension de la santé). Achouri M.Y. et al. (2021), quant à eux, ont trouvé que le genre masculin est un facteur lié à l'inobservance médicale. Le genre masculin est également un facteur d'inobservance thérapeutique. Globalement dans la littérature, le lien entre le sexe et l'inobservance est diversément apprécié.

Par contre, Mense K. et al. (2010), dans une étude de cas-témoin effectuée à Kinshasa ont trouvé que les arrêts de traitement représentent plus de 20% des patients dès la première année de traitement. Et six ans après l'année de mise sous traitement, plus de 80% des patients sont déjà en arrêt de traitement. Mais ces chercheurs, dans leur étude, n'ont pas trouvé de lien entre le niveau de connaissance et la non-observance. Pour eux, l'âge, tout comme le niveau d'instruction, ne jouerait qu'un rôle insignifiant.

La situation économique qui détermine le niveau de vie d'un ménage est un facteur clé de la non-observance des prescriptions médicamenteuses et même hygiéno-diététiques, qui sur le long terme conduit au décrochage thérapeutique. C'est pourquoi Mense K. et al. (Op. cit.) pensent qu'une famille nombreuse pourrait prédisposer à la non-observance. Le coût total du suivi médical à la dernière visite était estimé à 27,2 USD, soit 18% du revenu mensuel permanent des ménages (153,17 USD). Le patient sous insuline dépense deux fois plus que celui sous antidiabétiques oraux, lors d'une consultation de suivi.

À l'analyse de ce qui précède, nous notons que nos résultats ne s'écartent pas des résultats issus des travaux scientifiques susmentionnés. Cependant, notre étude n'a pas abordé la littératie en santé des répondants qui demeure un facteur essentiel dans le rapport des individus à la santé, dans la prise de décision en matière de santé.

La perception du traitement anti-diabétique liée aux pesanteurs socio-culturelles et aux restrictions induites

Seydou M. et al., (2022), parlant de la perception sociale du traitement antidiabétique, ont affirmé que la durée du traitement joue un rôle important dans l'inobservance thérapeutique. Pour eux, la prise en charge d'une maladie chronique dont le diabète est beaucoup plus difficile à assurer par les patients car elle expose à une lassitude bien compréhensible face à la prise au long cours d'un ou plusieurs médicaments quotidiennement et à un manque de perception de l'impact bénéfique au traitement dont les effets positifs ne se marqueront qu'avec retard alors que les contraintes (éventuels effets secondaire, prise quotidienne...) sont immédiates.

Ouattara K. (2016), dans sa thèse de doctorat de sociologie, avait abordé la représentation sociale associée au diabète et à la perception du traitement antidiabétique. Selon lui, d'une manière générale, être diagnostiqué diabétique est une nouvelle douloureuse pour l'individu et pour les membres de la famille, car le réajustement social et médical que nécessite le suivi de cette maladie chronique, aux complications insoupçonnées désorganise psychologiquement et socialement la trajectoire socioculturelle de l'individu. L'impossibilité pour le malade de retrouver la guérison, la dépendance au traitement et le bouleversement des habitudes de vie,

dit-il, créent chez ces personnes fragilisées une rupture biographique. De cette rupture biographique, les diabétiques insulino-dépendants ont besoin de se ressaisir afin de se reconstruire, et de faire un réajustement. Apprendre à vivre avec le diabète, accepter et s'approprier le traitement indiqué est mal accueilli, mal accepté par les diabétiques qui considèrent cet événement comme une perte de leur autonomie à cause de la dépendance à un traitement.

Être assujéti à une thérapie complexe et contraignante renvoie systématiquement dans la conscience des diabétiques à un déclin social en ce qu'elle modifie leurs habitudes de vie, leurs rapports aux autres et donne l'image d'une personne improductive, un poids pour la famille.

Cette perception influe inéluctablement sur le comportement du malade et le prédispose à la mauvaise observance des pratiques thérapeutiques inhérentes à ce traitement, quoique son efficacité soit prouvée.

L'itinéraire thérapeutique potentiel des diabétiques en rupture avec les soins au CADA

Chan Wan et al. (2020), en interrogeant la fréquence de consultation au cours de l'année de mise sous traitement AD, selon la spécialité médicale, ont trouvé que malgré une bonne fréquence des consultations chez le médecin généraliste sur les huit années, il existe un décrochage au niveau des recours aux spécialistes. Ils ont noté un décrochage net de consultation chez les spécialistes, en corrélation avec l'essoufflement des visites chez le médecin généraliste.

L'itinéraire thérapeutique des malades en Afrique de manière générale, se décline sous différentes formes. Les soins traditionnels constituent la première voie empruntée pour la recherche de solutions aux problèmes de santé en Afrique noire, notamment en Côte d'Ivoire. Selon l'OMS (2019), 80% des Africains ont recours à la médecine traditionnelle. Et d'un point de vue socio-anthropologique, l'itinéraire thérapeutique peut être plus ou moins long et peut partir du recours au devin ou au guérisseur en passant par le naturothérapeute. Mais il peut partir de l'automédication aux soins médicaux dispensés par un médecin ou un infirmier dans un hôpital sans occulter le recours aux camps de prière.

Le relâchement du soutien social autour du diabétique

Les résultats de notre étude ont montré que l'observance thérapeutique chez les diabétiques a été associée à plusieurs facteurs liés à la maladie elle-même et en relation avec le patient et son entourage.

Gezim M. et Komi A. (2016), dans une étude portant sur la famille et son influence sur l'adhérence chez les personnes âgées atteintes d'un diabète de type 2 en empruntant de la plupart des théories du changement de comportement de santé requis pour l'exécution d'auto-soins du diabète ont identifié les membres de la famille comme une source importante de soutien social dans l'assistance apportée aux adultes atteints de diabète. Selon ces auteurs, les membres de la famille peuvent avoir un impact positif et/ou négatif sur la santé des personnes atteintes de diabète, interférer ou faciliter des activités de soins, et contribuer ou atténuer les effets néfastes du stress sur le contrôle glycémique. Bien que les membres de la famille

puissent fournir de nombreux types de soutien, le soutien psychosocial a été le plus fortement associé à l'adhérence à des comportements d'auto-soins à travers les maladies chroniques. (p. 72)

Snouffer E. (2018), dans un article portant sur la gestion du diabète, affirme que quel que soit le type de diabète, l'observance du traitement est très difficile et nécessite de faire preuve d'engagement, de discipline et de zèle. L'autogestion du diabète est complexe. Les personnes atteintes de diabète de type 1 et de type 2 doivent consulter leur médecin plusieurs fois par an ; prendre différents types de médicaments ; prendre part à de nombreux aspects de l'auto-traitement, notamment la surveillance à domicile de la glycémie, l'adoption d'une alimentation saine et des exercices physiques ; et faire face aux obstacles à la gestion, dont le coût des soins et l'équilibre entre vie professionnelle et privée, l'essentiel de la gestion du diabète se déroule à la maison.

Cet auteur pense que les membres de la famille peuvent encourager, soutenir et aider de manière active la personne atteinte de diabète. Cependant, les membres de la famille peuvent s'inquiéter ou ne pas bien comprendre la maladie. Ils peuvent également réagir de manière excessive ou sous-estimer la gravité de la situation au moment du diagnostic. Il est important de communiquer avec ces aidants et de les aider à mieux comprendre les besoins et les exigences. Cette littérature livre des informations intéressantes sur l'importance indéniable du soutien familial dans l'accompagnement des diabétiques. Elle rejoint ainsi notre travail de recherche qui a identifié le soutien familial comme un pilier incontournable du suivi médical des diabétiques pris en charge au CADA.

5. Conclusion

La présente publication scientifique avait pour objectif de porter une analyse sociologique sur les raisons qui sous-tendent la problématique du décrochage thérapeutique observé chez près de 43% des diabétiques suivis au Centre Anti-Diabétique d'Abidjan (CADA) sur la période 2020-2023. Elle a mobilisé la technique de l'échantillonnage par choix raisonné, la recherche documentaire, l'entretien semi-dirigé pour la collecte des données. À l'aide de l'analyse de contenu thématique, les données collectées ont été exploitées. L'exploitation des données a mis en exergue quatre principaux facteurs qui justifient le décrochage thérapeutique constaté chez les diabétiques pris en charge au CADA à savoir : les caractéristiques des diabétiques en situation de décrochage thérapeutique, la perception du traitement anti-diabétique liée aux pesanteurs socio-culturelles et aux restrictions induites, l'itinéraire thérapeutique potentiel des diabétiques en rupture avec les soins au CADA, le relâchement du soutien social autour du diabétique. Dans une perspective sociologique, ces résultats démontrent que la prise en charge d'une pathologie complexe telle que le diabète est multifactorielle. Elle dépasse le cadre médical. L'amélioration des dispositifs médicaux seule ne peut suffire à garantir une continuité dans la prise en charge. C'est pourquoi, il est nécessaire d'interroger les dynamiques sociales qui pèsent sur les trajectoires thérapeutiques ; en d'autres termes interroger la manière dont les patients vivent, perçoivent et intègrent cette maladie chronique dans leur quotidien.

Remerciements

Nous exprimons ici notre infinie reconnaissance aux différents acteurs qui ont accepté de participer au recueil des informations ayant permis la réalisation de ce travail de recherche.

Conflits d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'a été porté à notre connaissance au cours de cette étude.

Références bibliographiques

Achouri M. Y., Tounsi F., Messaoud M., Sénoussaoui A., & Ben Abdelaziz A. (2021). Prévalence de la mauvaise observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 en Afrique du Nord. Dans *Revue systématique et méta-analyse. La Tunisie Médicale*, N°99 Volume 10, pp 932-945

Atlas (2021). Rapport d'activité de la fédération internationale du diabète, Grenoble (France) 44 pages

Audulv A., Asplund K., Norbergh K. (2012). The integration of chronic illness self-management. *Qual Health Res.* Mar;22(3):332-45

Chan W. G.-N., Chopinet-dijoux S., Ricquebourg M., Simonpieri J-M. (2020). Parcours de soins des patients diabétiques à La Réunion, Etude longitudinale des parcours des patients mis sous traitement antidiabétique en 2010. Synthèse des principaux résultats. La Réunion. 38 pages

Conseil Scientifique /Domaine de la santé (2019). Prise en charge du diabète. GT Diabète, Fiche 6 : Soutien psychologique. Luxembourg, 2 P (FID, 2021). <http://www.un.org> décembre 2021, consulté le 27 janvier 2024

Diabète Québec (2014). Vivre avec le diabète. Les 4 piliers de l'équilibre [En ligne]. Canada : Disponible sur: <http://www.diabete.qc.ca/fr/vivre-avec-le-diabete>. pp 5-6, consulté le 27 janvier 2024

Doukouré d., Kourouma K. R., Adjoumani k., Gbané Mory, Acka K. F., Ake-Tano o., Kouassi D. (2019). « Représentation de la maladie et parcours de soins des patients diabétiques suivis au Centre Antidiabétique de l'Institut National de Santé Publique (Côte d'Ivoire) ». In *Revue Africaine des sciences sociales et de la santé publique*, Bamako Volume (1) N° 2 ISSN : 1987-071X e-ISSN 1987-1023 pp14-28

Droh A. (2015). Socio-anthropologie des habitudes et pratiques alimentaires des personnes âgées diabétiques en milieu urbain ivoirien, Thèse de Doctorat unique de sociologie, Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody/Abidjan Côte d'Ivoire, 326 pages

Duhamel F. (2007). La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers. 2e éd. Montréal: Gaétan Morin Éditeur, Chenelière Éducation, 246 p. 63.

Hehn C., Naïditch N., Bubeck A. (2023). Les Facteurs associés à la rupture de parcours de soins chez les patients vivant avec le diabète de type 2. In *Diabète LAB*, Fédération Française des Diabétiques, Paris, pp 2-5

Konan P. (2007). Observance du traitement antidiabétique chez les patients suivis au centre Antidiabétique d'Abidjan, Thèse de médecine. Université de Cocody/Abidjan ; 130 p.

Mense K., Mapatano M. A., Mutombo P. B., Muyer M. C. (2010). Une étude cas-témoins pour déterminer les facteurs de non-observance du suivi médical chez les patients diabétiques à Kinshasa en 2010. In *Pan African Medical Journal*, 2014, April 8; 17:258. pp3-4 Doi:10.11604/pamj.2014.17.258.2892. PMID: 25309658; PMCID: PMC4189857.

Monsour K. (2013). Etude des facteurs associés aux complications Chez les diabétiques du RSSB Préfecture des arrondissements de Ben Msik [Mémoire de fin d'études pour le cycle de Master]. Ecole Nationale de Santé Publique Filière: Epidémiologie de Santé Publique, Rabat. 81 pages

Morina G. et Agbekponou K. (2016). La famille et son influence sur l'adhérence chez les personnes âgées atteintes d'un diabète de type 2. Une revue de littérature étoffée, Travail de Bachelor, Haute Ecole de Santé, Filière Soins Infirmiers, Fribourg. 170 pages

Ouattara K. (2020). « Education thérapeutique et prise en charge des diabétiques au CHU de Treichville/Abidjan : Modèle et pratiques », In *Journal Africain de Communication Scientifique et Technologique*, N° 75/Juillet 2019, Abidjan, IPNETP, ISBN 2-909426-32-7 EAN 9782909426327, pp.9727-9839.

Ouattara K. (2016). Socio-anthropologie de la prise en charge des diabétiques insulino-dépendants : Cas des patients diabétiques suivis au CADA d'Adjamé, aux chu de Treichville et de Yopougon, Thèse de Doctorat unique de sociologie, Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody/Abidjan, Côte d'Ivoire, 307 p.

Ouattara K., Droh A. (2015). « Problématique de la prise en charge médicale du diabète au centre antidiabétique d'Abidjan (CADA) » In *Revue ivoirienne d'Anthropologie et de Sociologie KASA BYA KASA*, n° 30, Abidjan, EDUCI, ISSN 1817-5643, pp. 221-238.

Ruiz J. (2008) « Accompagnement thérapeutique : le chemin du suivi à long terme ». In *Revue Med Suisse*. Janvier 2008 ;4(160):1405-9. pp 4-6

Seydou M., Hima Y. O., Saidou Y., A., Aloua M. A., Issaka H., Hama, I., & Ali I. T. (2022). Observance thérapeutique du sujet âgé hypertendu: Etude comparative au service de cardiologie de l'Hôpital National de Lamorde. *Jaccr Africa*, 6(3), 70-77.

© 2025 OUATTARA, 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.



To cite: Cisse M. L.(2025). *Dépistage participatif des risques professionnels à l'unité de stérilisation du centre de santé de référence (CSRéf) de Niono en 2024*. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*,7(2), 147-168. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.10>

Research

Dépistage participatif des risques professionnels à l'unité de stérilisation du centre de santé de référence (CSRéf) de Niono en 2024.

Participatory screening of occupational risks at the sterilisation unit of the Niono reference health centre (CSRéf) in 2024.

Liman Malick CISSE¹, Lamine DIAKITE², Mouhamadou TRAORE¹, Abdoulaye KEITA¹, Bakary B DABO¹

¹Centre de Santé de Référence de Niono (Mali)

²Centre de Santé Communautaire de Pélengana sud, Ségou (Mali)

*Correspondance : email: limanmalick@gmail.com, **Tel:** +22369786896 / 74586777

Résumé

L'évaluation des risques professionnels constitue l'étape initiale de toute démarche de prévention en santé et sécurité au travail. Elle est capitale lorsqu'on envisage de mettre en place des actions de prévention pour protéger le personnel. Compte tenu de l'augmentation généralisée des risques professionnels en milieu hospitalier, il devient essentiel d'analyser les environnements de travail les plus exposés. Parmi ceux-ci, l'unité de stérilisation se distingue par la fréquence des manipulations de dispositifs médicaux souillés, l'usage de produits chimiques et la pression liée aux exigences de sécurité et réactivité. Cette étude s'inscrit dans ce contexte et vise à évaluer les risques spécifiques à cette unité stratégique mais potentiellement dangereuse. Par ailleurs, selon l'Organisation internationale du travail, chaque année, 2,78 millions de travailleurs perdent la vie du fait d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Dans le cadre de notre démarche, nous avons adopté la méthode de dépistage participatif des risques (Déparis), représentant le premier niveau de la stratégie SOBANE (identification, observation, analyse, expertise). Le dépistage a été réalisé par un comité de neuf membres, coordonné par le chargé de santé et sécurité au travail (SST) du CSRéf. Les deux réunions Déparis ont permis de formuler 50 actions préventives, dont 66 % étaient sans coût. Six situations (33,33 %) étaient jugées satisfaisantes, cinq (50 %) moyennes et deux (11,11 %) insatisfaisantes, liées aux risques électriques, d'incendie et psychosociaux. Douze aspects doivent être étudiés de façon approfondie. Cette étude a mis en évidence d'importants risques professionnels et offre des bases pour améliorer les conditions.

Mots clés : Stérilisation; Dépistage; Risques professionnels; Déparis; SOBANE; Mali

Abstract

The assessment of occupational risks represents the initial stage of any occupational health and safety prevention approach. It is essential when planning appropriate preventive actions to protect personnel. Given the widespread increase in occupational hazards in hospital settings, it is crucial to analyze the most exposed work environments. Among these, the sterilization unit stands out due to the frequent handling of contaminated medical devices, the use of chemical products, and the pressure associated with safety and responsiveness requirements. This study was conducted in this context and aimed to assess the specific risks associated with this strategic yet potentially hazardous unit. Moreover, according to the International Labour Organization, each year, 2.78 million workers die because of occupational accidents and work-related diseases. As part of our approach, we adopted the Participatory Risk Screening method (Déparis), which represents the first level of the SOBANE strategy (Screening, Observation, Analysis, and Expertise). The screening was carried out by a nine-member committee coordinated by the Occupational Health and Safety Officer (OHS) of the Referral Health Center (CSRéf). Two Déparis sessions led to the formulation of 50 preventive actions, 66% of which required no financial cost. Six situations (33.33%) were deemed satisfactory, five (50%) moderate, and two (11.11%) unsatisfactory, mainly related to electrical, fire, and psychosocial risks. Twelve aspects require further in-depth analysis. This study highlighted significant occupational risks within the sterilization unit and provides a foundation for improving staff working conditions.

Keywords: Sterilisation; Deparis; Professional risks; SOBANE; Mali

1. Introduction

Les unités de stérilisation jouent un rôle clé dans la prévention des infections associées aux soins au sein des établissements de santé. Elles constituent également un milieu de travail complexe, exposant le personnel à de nombreux risques professionnels souvent sous-évalués (Saintoyant, Duhamel & Minvielle, 2012; Bah et al., 2024).

Au Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Niono, l'unité de stérilisation fonctionne en permanence avec une charge de travail élevée, une manipulation fréquente d'instruments souillés, l'utilisation de produits chimiques et des équipements sous pression. Ces caractéristiques rendent cette unité particulièrement vulnérable, tant sur le plan physique que psychosocial. Aucun dispositif structuré d'évaluation ou de gestion des risques professionnels n'y était mis en place auparavant.

La littérature souligne l'ampleur du problème à l'échelle mondiale. Selon l'Organisation internationale du travail, 2,78 millions de travailleurs décèdent chaque année en raison de maladies professionnelles et d'accidents du travail (OIT, 2023).

Dans les pays à ressources limitées, plus de 90 % des expositions accidentelles au sang surviennent en milieu hospitalier, affectant majoritairement le personnel non vacciné (OMS, 2023). Pourtant, malgré ces statistiques alarmantes, la gestion des risques professionnels dans les unités de stérilisation demeure encore peu étudiée, notamment dans les établissements de niveau secondaire tels que les CSRéf.

Au Mali, la législation prévoit une branche de prévention des accidents du travail (*Loi n°2017-020*), mais sa mise en œuvre dans les établissements de santé publics reste limitée. Aucune

étude locale n'a, à notre connaissance, documenté les risques professionnels spécifiques à l'unité de stérilisation du CSRéf de Niono. Un diagnostic est donc nécessaire pour éclairer les décisions en matière de prévention et de sécurité au travail dans ce service clé.

Une revue de la littérature (*Laffite, 2017; Kassbi et al., 2021; Nabil et Habibi, 2019*) met en évidence les défaillances fréquentes en matière de gestion des risques dans les unités de stérilisation hospitalières : mauvaise posture, exposition aux agents infectieux, absence de ventilation ou de signalisation, stress professionnel, etc. Par ailleurs, les méthodes participatives d'évaluation des risques, comme la méthode Déparis, ont montré leur efficacité dans l'identification collective des risques grâce à l'implication directe des agents (*Amri et al., 2009; Mahfoudh et al., 2018*).

Dans ce contexte, la présente étude, dont l'objectif général est d'identifier, hiérarchiser et documenter les risques professionnels dans l'unité de stérilisation afin de proposer des actions de prévention adaptées, vise à combler ces lacunes en appliquant la méthode Déparis.

De manière plus spécifique, il s'agissait de :

- identifier les principaux risques professionnels auxquels sont exposés les agents de l'unité de stérilisation ;
- évaluer les conditions de travail selon les 18 rubriques du guide Déparis ;
- classer les risques en fonction de leur gravité, de leur fréquence et de la faisabilité des actions correctives ;
- élaborer un plan d'actions préventives en distinguant les mesures sans coût de celles nécessitant des investissements.

C'est ainsi que nous avons mené une étude participative sur les risques professionnels dans l'unité de stérilisation selon la méthode Déparis, présentée dans la section suivante.

2. Matériaux et Méthodes

2.1 Présentation de l'unité de stérilisation

2.1.1 Contexte organisationnel

L'unité de stérilisation fait partie intégrante du bloc opératoire. Elle a pour mission d'assurer la stérilisation du matériel médical réutilisable afin de garantir la sécurité des soins. C'est un service hospitalier crucial pour la prise en charge des patients.

Le personnel est composé de quatre techniciens en stérilisation, supervisés par un responsable en prévention et contrôle des infections, sous la responsabilité du chef de l'unité d'hygiène publique du Centre de Santé de Référence.

Comme le montrent les figures 1 et 2, l'unité est composée de cinq salles :

- un vestiaire ;
- une salle de réception et de triage des linges propres provenant de la buanderie ;
- une salle de réception et de décontamination du matériel sale provenant des différentes unités ;
- une salle d'emballage ;
- une salle de stérilisation et de stockage provisoire.

L'activité de stérilisation s'articule autour de quatre postes de travail distincts, chacun assurant une étape clé du processus.

- **Poste 1 : Réception et tri des linges propres.**

Ce poste consiste à recevoir les linges propres provenant de la buanderie et à les trier selon leur type et leur destination.

- **Poste 2 : Réception et décontamination du matériel médical sale.**

Il comprend les opérations de pré-désinfection, de nettoyage, de désinfection, puis de séchage du matériel souillé.

- **Poste 3 : Emballage du matériel.**

À cette étape, le matériel propre est soigneusement emballé selon les protocoles de stérilisation en vigueur.

- **Poste 4 : Stérilisation et gestion du matériel stérile.**

Ce poste englobe le chargement du matériel dans les autoclaves, la surveillance du cycle de stérilisation, la gestion des non-conformités, ainsi que le déchargement, le contrôle, le conditionnement, le stockage et la distribution du matériel stérile aux différents services.

Les procédures de travail sont standardisées et suivent des protocoles stricts. Les quatre opérateurs travaillent suivant un programme de rotation. Ils exécutent les mêmes tâches et travaillent à tous les postes à tour de rôle.

2.1.2 Environnement de travail

La salle de réception est ventilée, tandis que les salles de désinfection, d'emballage et de stérilisation sont climatisées et hermétiquement closes. La salle de stérilisation dispose de deux autoclaves fonctionnels et de deux poupinels hors service.

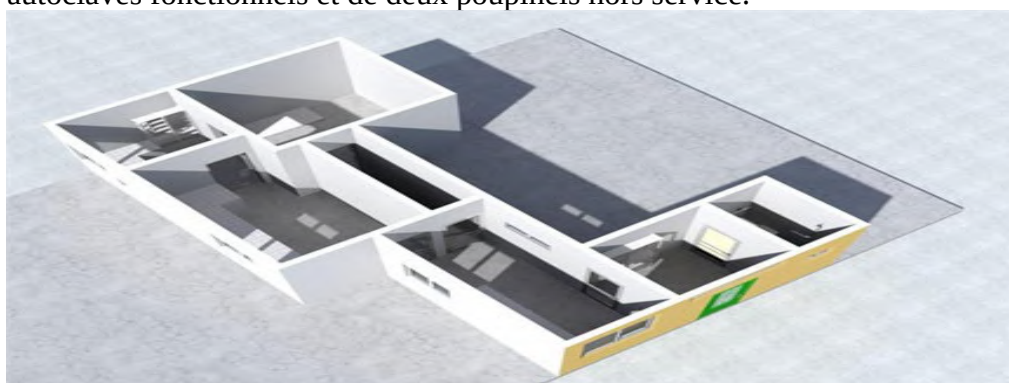


Figure 1. Plan de l'unité de stérilisation en 3D.

Source : Comité d'évaluation, CSRéf de Niono, 2025

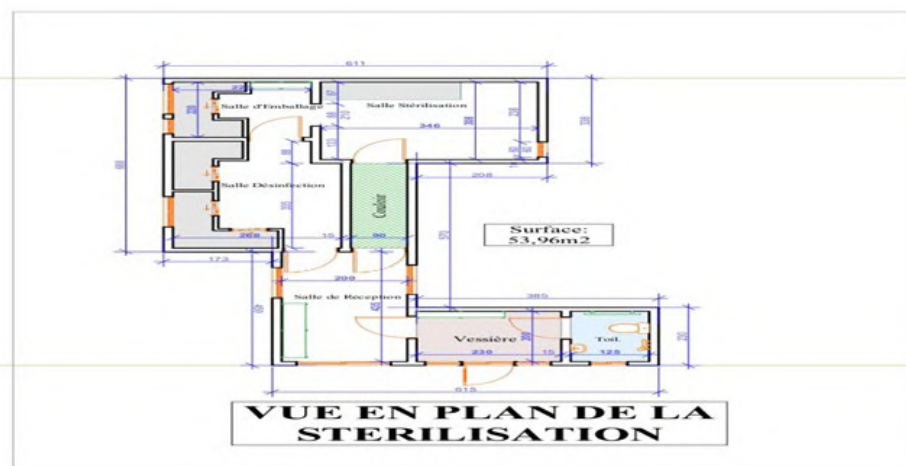


Figure 2. Plan de masse détaillé de l'unité de stérilisation.
Source : Comité d'évaluation, CSRéf de Niono, 2025

2.2 Méthodes

Cette étude consistait en une évaluation a priori des risques professionnels, réalisée en août 2024 au sein de l'unité de stérilisation du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Niono. Pour mener cette étude, nous avons adopté la méthode participative de dépistage des risques (Déparis), qui constitue le premier niveau de la stratégie SOBANE, une approche structurée de gestion des risques se déclinant en quatre phases successives : l'identification, l'observation, l'analyse et l'intervention d'experts. Cette stratégie vise à évaluer les risques professionnels de manière progressive, en mobilisant à chaque étape un niveau croissant d'expertise. Cette approche a été élaborée par le Professeur Malchaire J. (*ici Amri et al., 2009*).

Le guide de concertation Déparis adapté au secteur de la santé a permis d'aborder et d'examiner l'ensemble des aspects des différentes « situations de travail », qu'ils soient d'ordre physique, organisationnel ou psychosocial. Ces éléments, susceptibles d'interférer avec la santé, la sécurité, le bien-être, ainsi que la qualité du travail, ont été explorés en détail. Une synthèse de ces dimensions est présentée en annexe sous la forme d'un extrait d'une grille regroupant 18 facettes caractérisant les situations de travail.

2.2.1 Déroulement de l'étude

L'étude s'est articulée en trois phases. Dans un premier temps, à la suite de l'adoption de la méthode Déparis — fondée sur la participation active des acteurs de terrain — un comité restreint a été mis en place. Ce comité pluridisciplinaire avait pour objectif de permettre une identification concertée et exhaustive des risques professionnels. Il réunissait des représentants de plusieurs services, favorisant ainsi la diversité des expertises et la prise en compte de multiples perspectives lors de l'analyse des conditions de travail. La composition du comité restreint était la suivante :

- Le chef d'unité d'hygiène publique chargé de la SST ;
- Trois médecins (gynécologue, pédiatre, appui à l'information sanitaire) ;
- Un major d'unité nutritionnelle;
- Un assistant médical en odontostomatologie;
- Un superviseur des techniciens de surface;
- Un électricien.

À cette équipe se sont ajoutés, en tant qu'observateurs externes, les superviseurs PCI (Prévention et Contrôle des Infections) et WASH (Eau, Hygiène et Assainissement) de Médecins Sans Frontières - Belgique (MSF), qui ont apporté un regard complémentaire au processus. Sous l'impulsion de ce comité, plusieurs activités ont été menées pour mettre en œuvre la méthode Déparis ::

✧ Préparation et appropriation des outils

Le comité a tenu trois réunions, accompagnées d'une visite de terrain. En amont, la grille d'analyse du guide Déparis a été transmise aux membres une semaine avant la première réunion, afin qu'ils puissent se l'approprier. Cette première rencontre a

permis un examen collectif du guide, visant à en clarifier le contenu et à assurer une compréhension commune des 18 rubriques qu'il propose pour évaluer les conditions de travail.

✧ **Visite de terrain et collecte des données**

Une première visite a ensuite été effectuée dans les locaux de stérilisation. Lors de cette visite, les 18 facettes de la situation de travail ont été passées en revue. Les opérateurs de stérilisation ont été les interlocuteurs privilégiés, répondant aux interrogations complémentaires issues de nos constats.

✧ **Analyse participative et hiérarchisation des risques**

Dans un second temps, deux réunions de concertation, espacées d'une semaine, ont permis de discuter des résultats de la visite et d'identifier les situations à risque. Le guide Déparis a été utilisé comme référentiel pour recenser, analyser et catégoriser les différents types de risques professionnels.

Les données collectées ont ensuite été synthétisées dans des tableaux de hiérarchisation des risques, à l'aide d'un code visuel intuitif illustré ci-dessous par le tableau 1.

✧ **Complément d'analyse et élaboration d'un plan d'action**

Une troisième visite a été conduite par le chargé SST, accompagné d'une check-list complémentaire, afin d'examiner les aspects importants qui auraient pu être négligés lors de la première visite collective.

À l'issue de ce processus, un projet d'amélioration des conditions de travail a été élaboré.

Ce plan comporte des actions à différents niveaux :

- des mesures immédiates et sans coût ;
- des actions à envisager à moyen ou long terme, impliquant des investissements ;
- des points nécessitant une analyse plus approfondie.

Tableau 1. Hiérarchisation des risques professionnels.

Rubriques	
Situation souhaité :	Que faire de concret pour améliorer la situation ?
A surveiller	
Aspects à étudier en détails	  

Source : Guide de concertation déparis, secteur soins de santé



États tout à fait satisfaisants ;

États moyens et ordinaires à améliorer si possible ;

États insatisfaisants à améliorer nécessairement

2.2.2 Considération éthique et administratives

Cette étude a reçu l'approbation de l'autorité administrative du district sanitaire par le biais d'une lettre d'autorisation (N° 19/CSREF-N/2024 en date du 05 août 2024) pour sa conduite au sein du Centre de Santé de Référence. Les participants ont signé une fiche d'information individuelle et un consentement éclairé. Les agents stérilisateurs ont reçu des explications sur l'objectif de cette étude. Les réponses aux interviews ont été consignées dans les questionnaires

et codifiées pour garantir la confidentialité. Les opérateurs ont été rassurés qu'ils pouvaient retirer leur consentement à tout moment de l'interview sans préjudice. Les données seront stockées pour une durée de cinq ans et l'accès sera limité aux auteurs. Nous n'avons pas accordé de compensation aux participants, car la durée de l'interview était courte et l'étude ne les exposait à aucun risque.

2.2.3 Analyse des données

Les données recueillies lors des visites de terrain ont été compilées à l'aide de la grille d'évaluation comportant 18 rubriques. Lors des réunions Déparis, chaque situation de travail a été analysée collectivement par le comité selon trois niveaux d'appréciation : état satisfaisant (vert), état moyen (jaune) et état insatisfaisant (rouge). Ces appréciations ont permis une hiérarchisation des risques. L'analyse a ensuite conduit à l'identification de 50 actions préventives, classées selon leur urgence, leur coût et les acteurs responsables de leur mise en œuvre.

Les résultats issus de cette démarche sont détaillés ci-après, en commençant par la hiérarchisation des risques professionnels observés.

3. Résultats

3.1 Résultats quantitatifs

L'évaluation participative menée à l'unité de stérilisation du CSRéf de Niono a permis d'évaluer les conditions de travail selon les 18 rubriques du guide Déparis. Sur l'ensemble des situations de travail analysées:

- 33,33 % ont été jugées satisfaisantes ;
- 50 % présentent un état moyen, nécessitant des actions correctives à court ou moyen terme ;
- 11,11 % ont été évaluées comme insatisfaisantes, nécessitant des interventions urgentes.
- 12 rubriques ont été identifiées comme préoccupantes et requièrent une étude approfondie

Tableau 2. Synthétique des jugements émis par les participants sur les 18 rubriques.

Situation de travail	Jugements émis
1. Les locaux et zones de travail	😊
2. L'organisation du travail	😊
3. Les accidents du travail	😊 1
4. Les risques électriques et d'incendie	😞 2
5. Les commandes et signaux	😊 3
6. Le matériel de travail, les outils, les machines	😊
7. Les positions de travail	😊
8. Les efforts et les manutentions	😊

¹ Situation de travail moyen et ordinaire à améliorer si possible

² Situation de travail insatisfaisante à améliorer nécessairement

³ Situation de travail tout à fait satisfaisante

9. L'éclairage		
10. Le bruit		
11. Les risques d'exposition aux radiations	NA	  
12. L'hygiène atmosphérique		
13. Les ambiances thermiques		
14. L'autonomie et les responsabilités individuelles		
15. Le contenu du travail		
16. Les contraintes de temps		
17. Les relations de travail au sein du personnel et avec la hiérarchie		
18. L'environnement psychosocial		

Source : Comité d'évaluation, CSRéf de Niono, 2025

Les résultats indiquent que les situations de travail jugées insatisfaisantes ou dangereuses, nécessitant une intervention rapide, concernent principalement les risques liés à l'électricité, aux incendies, ainsi qu'à l'environnement psychosocial, identifiés par des pastilles rouges.

L'association entre les risques physiques (électriques, incendie) et psychosociaux montre une diversité des dangers à prendre en compte, soulignant l'importance d'une approche globale de la prévention.

Tableau 3. Répartition des propositions d'amélioration selon les 18 rubriques du guide Déparis.

Rubriques	Pourcentage
Les locaux et zones de travail	16 %
L'organisation du travail	8 %
Les accidents de travail	10%
Les risques électriques et d'incendies	12 %
Le matériel de travail, les outils, les machines	6 %
Les positions de travail	8 %
Les efforts de manutention	2 %
L'éclairage	4 %
L'hygiène atmosphérique	16 %
Les ambiances thermiques	4 %
L'autonomie et les responsabilités individuelles	4 %
Le contenu du travail	2 %
Les contraintes de temps	2 %
Les relations de travail au sein du personnel et avec la hiérarchie	2 %
L'environnement psychosocial	4 %

Source : Comité d'évaluation, CSRéf de Niono, 2025

Sur les 50 solutions proposées, 8 portaient sur l'aménagement des locaux et des zones de travail, représentant 16 % du total. De même, 8 solutions (16 %) concernaient l'hygiène atmosphérique. Par ailleurs, 6 solutions, soit 12 %, étaient liées aux risques d'origine électrique et aux incendies.

Ces résultats révèlent des besoins en matière d'organisation et d'ergonomie, des inquiétudes concernant la qualité de l'air et la ventilation, ainsi qu'une attention particulière portée à la prévention des accidents majeurs.

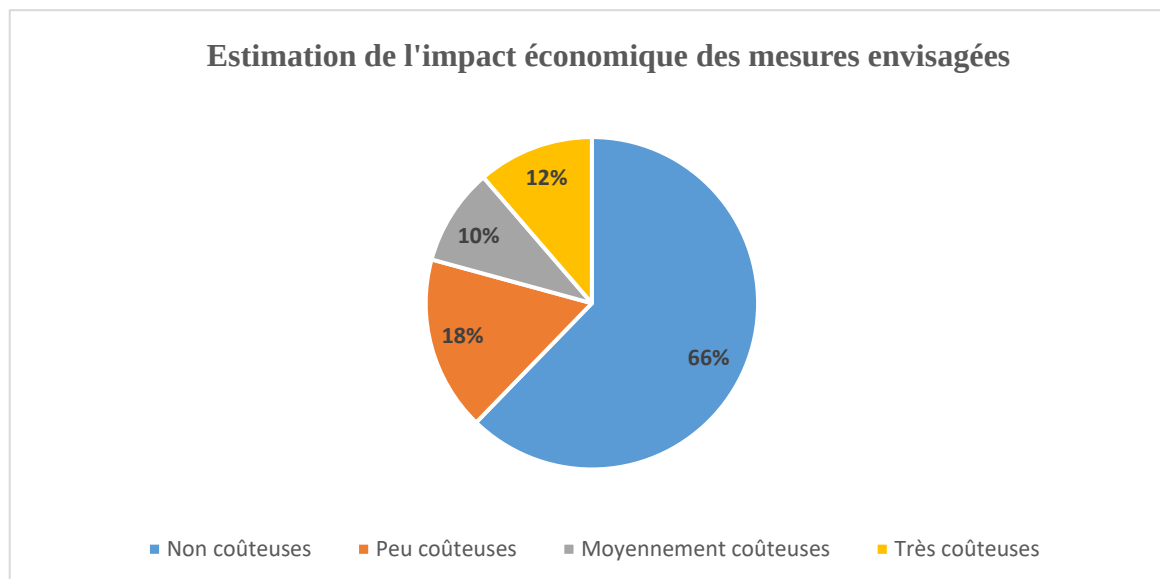


Figure 3. Répartition des propositions selon le coût de réalisation.

Source : Comité d'évaluation, CSRéf de Niono, 2025

Ainsi, 33 solutions sur 50 proposées par le groupe étaient non coûteuses, soit 66 %.

Tableau 4. Analyse croisée des coûts des mesures correctrices et de la nature des risques.

N°	Nature du risque	Nombre de mesures	Nombre à coût nul	Total coût en (FCFA)
1	Les locaux et zones de travail	8	6	85.000
2	L'organisation du travail	4	3	10 000
3	Les accidents du travail	5	2	140 000
4	Les risques électriques et d'incendie	6	1	230 000
5	Les commandes et signaux	0	0	0
6	Le matériel de travail, les outils, machines	3	3	0
7	Les positions de travail	4	2	190 000
8	Les efforts et les manutentions	1	0	147 000
9	L'éclairage	2	0	56 000
10	Le bruit	0	0	0
11	Les risques d'exposition aux radiations (NA)	0	0	0
12	L'hygiène atmosphérique	9	6	30 000
13	Les ambiances thermiques	2	2	0
14	L'autonomie et responsabilités individuelles	2	2	0
15	Le contenu du travail	1	1	0
16	Les contraintes de temps	1	1	0
17	relations de travail au sein du personnel et avec la hiérarchie	1	1	0
18	L'environnement psychosocial	2	2	0

Source : Comité d'évaluation, CSRéf de Niono, 2025

Le tableau 5 montre que les mesures correctrices les plus coûteuses concernent principalement les risques d'incendie et les risques électriques, en raison de l'achat d'extincteurs, de la signalisation appropriée et des travaux de mise en sécurité. Les coûts liés aux postes de travail proviennent de l'acquisition d'équipements ergonomiques, tels que des escabeaux ou des tabourets réglables. Enfin, la prévention des accidents du travail engendre des dépenses pour la formation aux gestes de premiers secours et l'installation d'équipements de sécurité adaptés. Ces trois types de risques (incendie, accidents, ergonomie) sont également considérés comme des risques majeurs en termes de sécurité et de santé au travail, concentrant à eux seuls plus de 70 % des dépenses totales identifiées. Cela montre une corrélation claire entre gravité et coût de correction.

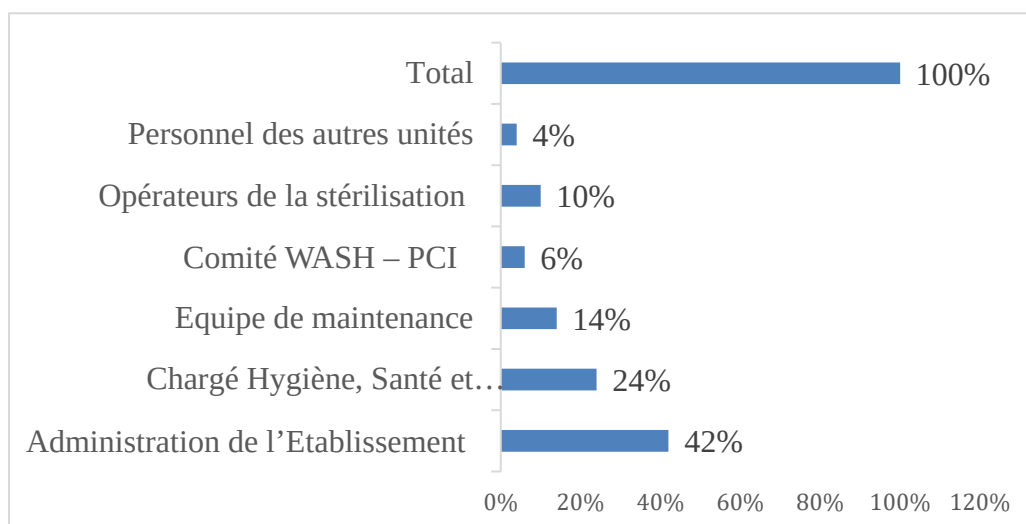


Figure 4. Répartition des propositions selon les responsables de mise en œuvre.
Source : Comité d'évaluation, CSRéf de Niono 2025

Parmi les 50 propositions d'amélioration formulées, 21 solutions (42 %) étaient destinées à l'administration de l'établissement, 12 (24 %) au chargé d'Hygiène/SST et au superviseur PCI, 7 (14 %) à l'équipe de maintenance, 3 (6 %) au comité WASH-PCI, 2 (4 %) concernaient les personnels des autres unités, et 5 (10 %) devaient être prises en charge directement par les opérateurs eux-mêmes.

3.2 Analyse procédurale et descriptions qualitatives

Tableau 5. Illustration de situations de travail insatisfaisantes relevées à la stérilisation.

Situation de travail	Illustrations photographiques
Lieu de stockage Absence de pictogramme sur le lieu de stockage des produits chimiques	 Photo 1. Absence de signalisation des produits chimiques.

Siphon

Retour des eaux usées des fosses par les siphons dans les salles en cas de débordement



Photo 2. Mauvais positionnement du siphon en salle de décontamination.

Risque d'électrocution

Alimentation de l'autoclave en eau.



Photo 3. Coffret électrique exposé à l'eau.

Les postures de travail pénible lors de l'emballage des instruments

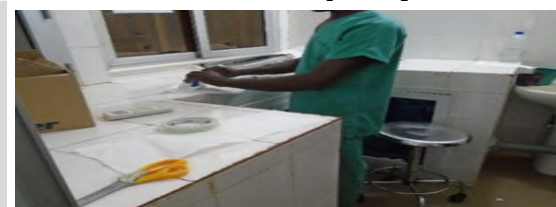


Photo 4. Inactivité prolongée d'un opérateur.

Brûlures

Risque de brûlure par l'eau chaude provenant de l'autoclave



Photo 5. Manipulation dangereuse des effluents chauds.

Encombres

Poupinets et autoclaves non fonctionnels

Tambours hors usage



Photo 6 : Encombrement de la zone de travail par des équipements hors service.

Eclairage

Éblouissement de l'opérateur



Photo 7. Éclairage inadapté dans la zone de travail.

Risques incendie

Absence d'issues de secours,

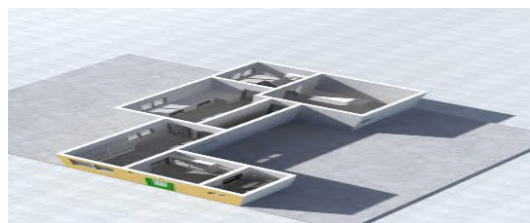


Photo 8. Absence d'issue de secours visible ou accessible.

Source : Comité d'évaluation, CSRéf de Niono, 2025

Plusieurs constats issus de l'observation sur site ont mis en évidence des non-conformités majeures aux normes de sécurité. Ces éléments visuels viennent illustrer et confirmer les résultats statistiques.

Tout d'abord, sur l'une des photos (voir photo 1), on observe une absence de signalisation adéquate des produits chimiques : l'étiquetage est non conforme, exposant les agents à un risque élevé d'intoxication ou de mauvaise manipulation, en contradiction avec les exigences liées à la prévention du risque chimique.

Ensuite, une autre image (voir photo 2) montre un siphon mal positionné dans la salle de décontamination. Cette configuration favorise un éventuel reflux des eaux usées en cas de débordement des fosses septiques, créant ainsi un risque biologique majeur.

Par ailleurs, un autre cliché (voir photo 3) met en évidence un coffret électrique installé à proximité d'une zone humide. Il est régulièrement exposé aux éclaboussures lors du remplissage de l'autoclave, augmentant fortement le risque d'électrocution et constituant une non-conformité aux normes de sécurité électrique en environnement humide.

De plus, sur une autre photo (voir photo 4), on constate l'inactivité prolongée d'un opérateur affecté à l'emballage des instruments. Cette situation reflète une désorganisation du travail pouvant entraîner une perte de productivité, du stress, ainsi que des troubles musculosquelettiques liés à une posture statique prolongée.

Dans le même ordre d'idées, une autre illustration (voir photo 5) montre une manipulation dangereuse des effluents chauds : de l'eau issue de l'autoclave est recueillie dans un seau placé directement au sol, exposant l'agent à un risque de brûlure thermique par éclaboussure. Cette situation met en lumière une défaillance dans la gestion sécuritaire des effluents.

En outre, dans un autre cas (voir photo 6), des équipements hors service, tels qu'un autoclave ou des poubelles, encombrent l'espace de travail. Cela augmente les risques de chute, gêne les déplacements, peut bloquer les issues de secours et nuit à l'efficacité opérationnelle. Ce désordre illustre une mauvaise gestion des déchets d'équipements biomédicaux.

Par ailleurs, une photo (voir photo 7) montre un éclairage inadapté : les ampoules utilisées provoquent un éblouissement pouvant entraîner une fatigue visuelle, une baisse de vigilance et un risque accru d'erreur ou d'accident.

Enfin, une dernière image (voir photo 8) révèle l'absence totale d'issue de secours visible ou accessible dans le local. En cas d'incident ou d'évacuation d'urgence, cela représente un

danger majeur pour le personnel, en violation flagrante des normes de sécurité en matière d'évacuation.

3.3 Aspects à approfondir

Douze recommandations nécessitent une mise en œuvre à moyen et long terme, car elles impliquent des changements structurels ou organisationnels. Ces recommandations sont relatives à :

1. La création d'issus de secours ;
2. L'extension de la stérilisation ;
3. La mise en place d'un comité chargé d'analyser les accidents de travail ;
4. La mise en place d'une équipe d'intervention interne ;
5. L'installation des dispositifs de détection et d'extinction automatique ;
6. L'installation d'une borne incendie ;
7. L'installer un système d'alarme en cas d'incendie ;
8. Le repositionner des coffrets de commande des autoclaves ;
9. La séparation des boutons marche et arrêt selon les couleurs conventionnelles ;
10. Le contrôle de la température, de l'hygrométrie et de la pression.
11. Le recrutement d'agents supplémentaires avec contrats et affiliation à l'INPS,
12. L'établissement des contrats écrits et affiliation du personnel à l'INPS

3.4 Interprétation globale

L'étude met en lumière une combinaison de risques physiques, organisationnels et psychosociaux. La diversité des risques identifiés appelle une approche globale de la prévention.

Le fait que 66 % des mesures soient non coûteuses témoigne d'un fort potentiel d'amélioration rapide, notamment via :

- La formation du personnel,
- La mise en place de consignes de sécurité claires,

Cependant, l'engagement de l'administration du CSRéf, illustré par l'adoption d'une politique en matière de santé et de sécurité au travail ainsi que par la présence d'un comité d'hygiène actif, constitue un levier essentiel pour la mise en œuvre des mesures proposées. L'intégration de formations spécifiques et de protocoles de sécurité pourrait contribuer à une réduction significative des risques. Toutefois, une méconnaissance des dangers professionnels et un déficit d'information sur les mesures de prévention peuvent freiner l'application efficace de ces actions. Il est donc crucial de former le personnel aux différents types de risques et aux pratiques préventives, puis de mettre en place des consignes de sécurité claires et facilement accessibles, notamment dans le service de stérilisation.

4. Discussion

4.1 Responsabilité institutionnelle en matière de santé et sécurité

Dans notre contexte d'étude, la responsabilité de la santé et de la sécurité du personnel incombe directement au Médecin-chef du Centre. Celui-ci doit être informé de tout risque lié au travail et agir de manière préventive pour limiter les accidents. Cette responsabilité institutionnelle représente un pilier essentiel de toute démarche de prévention efficace.

4.2 Choix de la démarche SOBANE

Pour l'identification des risques, nous avons opté pour la démarche SOBANE. Ce choix s'explique, d'une part, par son approche participative, qui implique directement les travailleurs – experts de leur propre environnement – et, d'autre part, par sa validation dans la littérature (Amri et al., 2009 ; Hajjaji et al., 2016 ; Mahfoudh et al., 2018). Cette méthode nous a permis d'identifier des risques significatifs à l'unité de stérilisation. À travers deux réunions de dépistage, 50 actions préventives ont été formulées, dont 66 % sont sans coût. Les résultats montrent que six situations (33,33 %) étaient jugées satisfaisantes, notamment celles relatives aux commandes, à la manutention, au bruit, au contenu du travail, aux contraintes temporelles et aux relations de travail.

Cependant, neuf situations (50 %) présentaient un état moyen, nécessitant des actions à court, moyen et long terme. Enfin, deux situations (11,11 %) ont été jugées insatisfaisantes, notamment en lien avec les risques électriques, d'incendie et l'environnement de travail. Au total, douze aspects nécessitent un approfondissement.

Comparativement, notre score de situations insatisfaisantes demeure inférieur à celui observé dans l'étude tunisienne menée dans une entreprise de plasturgie, où 19,4 % des cas étaient jugés dangereux contre 59,2 % de cas satisfaisants (Amri et al., 2009).

4.3 Les risques dépistés

4.3.1 Les accidents du travail

Les accidents de travail qui peuvent survenir sont de nature diverse et concernent plusieurs étapes du processus :

- **Risques de brûlure** : L'opérateur peut se brûler lors de la manipulation des autoclaves surchauffés. Il a été observé que l'opérateur ne portait pas de gants au moment de décharger les sets stérilisés, ce qui augmente considérablement le risque de brûlure.
- **Risques liés à la posture** : Lors de l'ajout d'eau dans l'autoclave, la hauteur de l'appareil oblige l'opérateur à adopter une posture contraignante, susceptible de provoquer des chutes ou des troubles musculosquelettiques.
- **Risques de chutes d'objets tranchants** : On note également des risques de chute d'objets tranchants, piquants ou coupants lors de la manipulation ou du démontage des instruments. Cela peut provoquer des coupures ou des piqûres accidentelles.
- **Accidents d'Exposition au Sang (AES)** : Les opérateurs encourent un risque élevé d'accident d'exposition au sang (AES) lors des étapes de pré-désinfection et de nettoyage du matériel souillé provenant des différentes unités de soins. Ce danger est d'autant plus préoccupant que ces professionnels ne sont pas immunisés contre l'hépatite B. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 66 000 infections par le virus de l'hépatite B (VHB) pourraient être attribuées chaque année à des expositions percutanées chez les personnels de santé, ce qui représenterait près de 39 % des cas de VHB dans cette population (Nabil, 2021).

- Constats et recommandations du comité

Le comité a noté plusieurs défaillances importantes notamment l'absence de fiche technique sur les conduites à tenir en cas d'AES, la Non-utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI) tels que les gants et les chaussures de sécurité et le Manque d'équipement adapté, comme un escabeau, pour permettre un accès sécurisé à la partie supérieure des autoclaves. En réponse, le comité a recommandé :

L'acquisition d'escabeaux pour faciliter l'accès en hauteur, le port systématique des EPI, la formation du personnel sur les conduites à tenir en cas d'AES et la mise à disposition et l'affichage des fiches techniques sur la conduite à tenir en cas d'AES.

Ces constats sont alignés avec ceux de plusieurs études :

- *Kassbi et al. (2021)* : procédure AES méconnue, personnel non vacciné, exposition fréquente.
- *Laffite (2017)* : risques critiques à la pré-désinfection.
- *Nabil et Habibi (2019)* : 63,23 % du personnel ont subi au moins un AES.

4.4.3 Les risques électriques et d'incendie

En milieu de soins, la faible fréquence des incendies conduit souvent à une négligence des mesures de prévention. Le comité a relevé plusieurs insuffisances majeures en matière de sécurité incendie : absence de dispositifs de détection et d'extinction automatiques, manque d'extincteurs, de dévidoirs et de bornes d'incendie, absence de consignes d'alerte en cas d'incendie, absence totale d'issues de secours et inexistence d'un point de rassemblement en cas d'incendie majeur.

Le comité a proposé plusieurs mesures correctives, telles que l'identification et l'aménagement d'un point de rendez-vous pour le personnel en cas d'évacuation, l'installation de dispositifs de prévention (extincteurs, détection automatique, issues de secours) et le recours à un spécialiste en sécurité incendie pour la mise en conformité du site.

Concernant le risque électrique, même si aucun accident de travail lié à l'électricité n'a été enregistré jusqu'à présent, le comité a observé plusieurs facteurs de risque préoccupants, tels que des prises électriques hors service et non sécurisées, des câbles électriques posés au sol à proximité des autoclaves, souvent dans des zones humides ou mouillées, le déversement et la stagnation d'eau près des deux autoclaves, ainsi que l'absence de signalisation des dangers électriques.

Les actions correctives proposées par le comité sont les suivantes : suppression des prises hors service, sécurisation des câbles électriques au sol et mise en place d'une signalisation claire des dangers électriques.

Nos observations corroborent les résultats de Mahfoudh et al. (2018) sur le dépistage des risques professionnels dans une entreprise de fabrication d'articles en plastique, où l'installation électrique était jugée non sécurisée et les câbles électriques posés au sol.

En revanche, nos résultats diffèrent de ceux de l'étude d'Amri et al. (2009), où les risques d'incendie étaient jugés satisfaisants.

4.3.3 L'éclairage

L'éclairage constituait une contrainte professionnelle dans notre étude. Les opérateurs étaient gênés par l'éblouissement visuel des lampes mal placées lors du chargement et du déchargement des sets médicaux dans les autoclaves. Le niveau d'éclairage variait d'une salle à l'autre, en raison de la diversité des lampes utilisées et des dimensions des locaux. Cette situation peut entraîner de la fatigue visuelle, du stress, ainsi que des trébuchements, glissades et chutes des opérateurs. L'éclairage doit être conçu de manière à éviter la fatigue visuelle. Dans leur configuration actuelle, les locaux de stérilisation ne peuvent pas bénéficier de la lumière du jour.

Pour améliorer la qualité de l'éclairage, le comité a proposé de repositionner et d'harmoniser les lampes dans les salles. Nos résultats corroborent ceux de *LM Cisse et al. (2024)*, où la situation de l'éclairage était signalée comme inadéquate à cause de la mauvaise disposition des luminaires ou de leur état défectueux dans 96 % des salles, et ceux de *Mahfoudh et al. (2018)*, où l'éclairage entraînait éblouissement et fatigue visuelle dans les postes de finition. En revanche, selon *Nabil et Habibi (2019)*, l'éclairage était relativement bon dans toutes les stations et ne constituait pas une source de fatigue visuelle pour les employés.

4.3.4 L'hygiène atmosphérique

L'évaluation de l'hygiène atmosphérique a révélé plusieurs insuffisances majeures :

Le lieu de stockage des produits chimiques n'était pas signalé, ce qui constitue un manquement grave aux règles de sécurité. Les fiches techniques relatives aux risques chimiques et biologiques n'étaient pas disponibles, empêchant ainsi le personnel de connaître les dangers associés aux substances utilisées. Les opérations de pré-désinfection, nettoyage, désinfection et séchage étaient réalisées dans un espace clos sans aération, favorisant l'accumulation de vapeurs toxiques et d'agents pathogènes. Enfin, aucun membre du personnel n'était vacciné contre l'hépatite B, malgré une exposition répétée à des matériels souillés. Ces éléments traduisent une faible culture de prévention face aux risques biologiques et chimiques.

Pour pallier ces déficiences, le comité a formulé une série de recommandations concrètes :

- Réaliser un inventaire des risques chimiques et biologiques présents dans l'unité.
- Mettre à disposition les fiches techniques de sécurité pour chaque produit utilisé.
- Mettre en place une campagne de vaccination contre l'hépatite B pour l'ensemble du personnel exposé.
- Former le personnel aux directives de la Prévention et du Contrôle des Infections (PCI), en mettant l'accent sur la manipulation sécurisée des produits chimiques et des instruments contaminés.
- Améliorer l'aération naturelle des locaux : il est conseillé d'ouvrir quotidiennement les fenêtres pendant au moins 30 minutes afin de renouveler l'air intérieur et limiter l'exposition aux contaminants atmosphériques.

Nos résultats rejoignent ceux de *Jemal et al. (2020)* et *Hajjaji et al. (2016)*, qui rapportent des conditions similaires.

4.3.5 Les Postures de travail

L'analyse des conditions de travail au sein de l'unité de stérilisation a mis en évidence des contraintes gestuelles et posturales importantes, notamment lors des opérations d'emballage des instruments. Ces tâches sont réalisées de manière prolongée, en position debout et avec le dos

penché vers l'avant. Cette posture, maintenue sur une longue durée, expose fortement les opérateurs à des risques de troubles musculosquelettiques (TMS), en particulier aux lombalgies et lombosciatalgies.

Pour limiter ces risques, le comité a proposé plusieurs mesures correctives, notamment : fournir des tabourets médicaux réglables afin de permettre l'emballage en position assise et ergonomique, et aménager des pauses courtes d'environ 10 minutes toutes les heures pour permettre la récupération physique. Ces ajustements visent à prévenir l'apparition de douleurs chroniques et à améliorer le confort postural des opérateurs.

Des études comparables (*Hadjer et al., 2022 ; Breli et al., 2025 ; Jemal et al., 2020*) confirment la présence fréquente de telles contraintes posturales. Après avoir exposé les risques physiques, nous abordons maintenant les aspects psychosociaux du travail dans l'unité.

4.3.6 Les facteurs psychosociaux

À l'exception de l'environnement psychosocial, les autres dimensions (bruit, charge mentale, contenu du travail, relations) ont été jugées satisfaisantes.

4.3.7 L'environnement psychosocial

Cependant, l'analyse révèle des carences préoccupantes : surcharge de travail, absence de contrat écrit, non-affiliation à l'INPS et retards de salaire. Ces éléments compromettent la santé mentale et la stabilité professionnelle.

Ces conditions de travail fragiles affectent la qualité du service et la santé mentale des agents, appelant à une réforme urgente du cadre organisationnel. Pour remédier à cette situation, le comité a émis les recommandations suivantes :

- Former un suppléant afin de réduire la charge individuelle de travail.
- Établir des contrats de travail écrits pour chaque opérateur.
- Assurer l'affiliation de tout le personnel à l'INPS.
- Régulariser le paiement des salaires, en concertation avec l'administration.

Ces actions visent à restaurer la sécurité, la motivation et la santé psychologique du personnel, tout en respectant les droits sociaux fondamentaux.

4.4 Répartition des propositions d'amélioration

4.4.1 Par thématique du guide Déparis.

Sur les 50 actions proposées, 8 (16 %) concernaient les locaux, 8 (16 %) l'hygiène atmosphérique et 6 (12 %) les risques électriques et d'incendie. Comparativement à Amri et al. (2009), nos priorités divergent : leurs actions ciblaient surtout les accidents de travail (22 %) et l'éclairage (10 %).

4.4.2 Par coût de mise œuvre

Ainsi, 33 (66 %) des solutions sur 50 suggérées par le comité étaient non coûteuses. Ces mesures comprennent, par exemple : le retrait des autoclaves, des poupinels et des tambours

non fonctionnels dans les salles, l'ouverture de fenêtres pour renouveler l'air intérieur, et la diffusion d'informations liées au travail. Ce sont des actions simples qui ne nécessitent aucun coût.

Ce résultat dépasse celui de l'étude d'Amri et al. (2009), où seulement 26 % des mesures étaient non coûteuses.

4.4.3 Par responsabilité de mise en œuvre

Sur les 50 actions:

- 33 relèvent de l'administration, soulignant la nécessité d'un leadership engagé.
- 12 concernent les spécialistes (Hygiène/SST, PCI).
- 7 sont attribuées à l'équipe de maintenance et 3 au comité WASH-PCI.
- 5 sont attribuées aux opérateurs eux-mêmes.

Cela montre une dynamique collective, bien que seulement 10 % des mesures soient du ressort direct des opérateurs, ce qui limite leur marge d'action. L'absence d'autonomie financière et technique justifie cette répartition. Toutefois, leur implication dans les décisions reste cruciale pour assurer une meilleure adhésion.

Nos résultats concordent avec ceux d'Amri et al. (2009), où la majorité des actions relevaient de la direction.

En résumé, la méthode Déparis s'est révélée pertinente pour impliquer le personnel et identifier des risques concrets. Les résultats mettent en lumière des lacunes techniques, organisationnelles et sociales nécessitant une réponse urgente. Une gouvernance proactive et inclusive est essentielle pour assurer des conditions de travail sûres, motivantes et durables au sein de l'unité de stérilisation.

Limite

Comme toute recherche scientifique, cette étude présente certaines limites qu'il convient de souligner.

- Absence d'évaluation microbiologique

Dans cette phase de l'étude, nous n'avons pas évalué la qualité microbiologique de l'air, de l'eau et des surfaces. Or, ces paramètres sont essentiels pour protéger le personnel contre les micro-organismes pathogènes et pour évaluer l'efficacité des procédures d'hygiène, telles que le lavage des mains, le bio-nettoyage ou encore l'entretien du réseau d'eau. L'omission de cette évaluation limite donc l'analyse globale des risques biologiques liés à l'environnement de travail.

- Limites liées à la représentativité de l'échantillon

Nos résultats ne peuvent être généralisés, car l'étude a été menée dans un seul établissement, le CSRéf, qui est actuellement le seul centre disposant d'une unité de stérilisation fonctionnelle. Cette situation limite la représentativité des résultats pour l'ensemble du système de santé local.

Pour pallier cette limite, nos prochaines études incluront des centres de santé communautaires afin de mieux refléter la diversité des environnements de travail et la variabilité des pratiques professionnelles dans différentes structures de soins.

- **Outil d'évaluation non spécifique au secteur de la stérilisation**

Nous avons utilisé la grille Déparis, développée pour le secteur des soins de santé. Bien que pertinente pour une approche participative des risques, cet outil présente deux limites :

- Il n'est pas spécifiquement conçu pour le secteur de la stérilisation ;
- Il n'a pas fait l'objet d'une validation dans notre contexte local.

Pour les travaux à venir, nous prévoyons d'adapter la grille aux spécificités des unités de stérilisation afin d'obtenir des données plus précises et opérationnelles.

5. Conclusion

Le dépistage des risques professionnels en milieu de soins constitue un enjeu majeur de santé publique. En identifiant et en abordant ces risques de manière proactive, il devient possible d'améliorer non seulement la santé et la sécurité des professionnels de santé, mais également le bien-être et la sécurité des patients.

Cette étude représente une étape essentielle vers la construction d'un environnement de travail plus sûr et plus sain pour l'ensemble du personnel du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Niono. La méthode Déparis, en tant qu'approche participative, s'est révélée pertinente pour détecter les risques professionnels dans une démarche collective. Toutefois, son efficacité pourrait être renforcée par la mise en place d'une gestion dynamique et structurée des risques, permettant non seulement leur maîtrise, mais aussi l'intégration d'une véritable politique du bien-être au travail. Des recherches futures pourraient se consacrer spécifiquement à l'analyse détaillée des différentes étapes de la stérilisation, ce qui permettrait d'identifier les risques propres à chaque étape et d'anticiper leurs impacts sur la santé physique et mentale des opérateurs.

Enfin, dans le cadre de l'élaboration du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) du centre, l'approche utilisée dans cette étude sera étendue à toutes les autres unités du CSRéf. La grille d'évaluation sera toutefois adaptée à chaque service afin de dresser un panorama global et précis des risques professionnels de l'établissement.

Remerciements

Nos sincères remerciements s'adressent :

- Au Médecin Chef du District sanitaire de Niono, Dr Amadou Y TOURE
- Aux membres du comité Scientifique du District Sanitaire de Niono.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts relatif au présent article.

Références

Saintoyant, V., Duhamel, G., & Min vielle, É. (2012). *Gestion des risques associés aux soins : état des lieux et perspectives*. Pratiques et Organisation des Soins, 43(1), 35–45.

- Bah, A., Barry, M.-M., Le Marcis, F., & Touré, A. (2024). *Saisir la culture de l'hygiène hospitalière en Guinée, une approche mixte...* Santé Publique, 36(6), 109–120.
- International Labour Organization. (2023). *Près de 3 millions de personnes meurent d'accidents et de maladies liés au travail.*
- World Health Organization. (2023). *Preventing blood-borne pathogen transmission in healthcare settings.* (Chiffres OMS/OIT).
- République du Mali. (2017). *Loi n°2017-020 du 12 juin 2017 portant Code du travail* (Journal officiel de la République du Mali, n°26, pp. 1018–1026). <http://natlex.ilo.org>
- Laffite, M. (2017). *La gestion des risques en stérilisation hospitalière au Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne* [Mémoire de fin d'études, Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne]. <https://www.sf2s-sterilisation.fr/wp-content/uploads/2018/10/THESE-Maeva-LAFFITE.pdf>
- Kassbi, A., El Ghorfi, S. F., & Achelhi, H. (2021). L'identification des risques professionnels liés au processus de prise en charge du patient. *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*, 2(2), 121–134. <https://www.ijafame.org>
- Chetoui N., & HABIBI, D. E. (2019). *Evaluation des risques professionnels à l'hôpital: cas du service des urgences de l'hôpital Mohamed BOUDIAF* (Doctoral dissertation, MF).
- Amri, C., Henchi, M. A., Abdallah, B., Bouzgarrou, L., Chaari, N., Akrou, M., ... & Malchaire, J. (2009). Dépistage participatif des risques professionnels dans l'industrie du textile tunisienne. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 70(2), 163–172.
- Aouatef, M., Chokri, M., Kammoun, S., Omrane, A., Bouzgarrou, L., Akrou, M., & Khalfallah, T. (2018). Dépistage des risques professionnels dans une entreprise de fabrication d'articles en plastique. *الوقاية والأرغوميا*, 12(3), 45–54.
- Disponible sur <https://www.officiel-prevention.com>
- Hajjaji Darouiche, M., Jmal Hammami, K., Kotti, N., Jaziri Boudaya, S., & Masmoudi, M. L. (2016). 3. Place de la démarche ergonomique dans l'évaluation des risques professionnels aux laboratoires hospitalo-universitaires. *الوقاية والأرغوميا*, 10(3), 33-50..
- LM Cisse, L Diakite, AY Toure, AA Baby, S Sangare, F Sanogo et al. (2024). Évaluation des conditions d'éclairage dans 35 structures de santé du district sanitaire de Niono. *Jaccr Africa* 2024 ; 8(4): 269-278 <https://doi.org/10.70065/24JA84.006L013012>
- Jemal, R. T., Kraeim, R., Lahmar, K., Gaalich, A., & Karray, D. (2020). Évaluation des risques professionnels dans une entreprise de confection. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 81(5), 592–593. <https://www.sciencedirect.com>
- Lahoucine, L. H., Selmane, M. H. E., Amari, S. M., Khoudour, Z., & Benmessaoud, H. (2022). La pénibilité du travail des sages femmes dans une maternité d'un centre Hospitalo-universitaire d'Alger. *الوقاية والأرغوميا*, 16(2), 32-50.
- Bremi, A. A. P., Aka, I. N. A., Guiegui, C. P., Kouamé, A. A. B., Ouattara, Y. M., Aholia, C. V., ... & Kouassi, Y. M. (2025). Évaluation des nuisances professionnelles chez les travailleurs d'une unité de fabrication de sacs en fibres de jutes à Abidjan en 2023. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 86(3), 102823.

ANNEXES

Annexe 1. Check-list complémentaire.

Les accidents du travail				
Climatiseur fixé sur un support avec des extrémités pointues dans un couloir sur le passage du personnel qui viennent récupérer le matériel stérile		☺	☹	☹
Retour des eaux usées des fosses dans les salles à travers les siphons (risque de glissement et de contamination biologique)		☺	☹	☹
Position d'un ventilateur à assez bas dans la salle de décontamination		☺	☹	☹

Les risques électriques et d'incendie			
Déversement et stagnation d'eau dans la salle de stérilisation aux abords des deux autoclaves		☺	☹
Les chutes de hauteur	NA	☺	☹
Les chutes de pleins pieds		☺	☹
Stagnation d'eau sur le sol (risque de glissade)		☺	☹
Chute ou projection d'objets	NA	☺	☹
Les risques mécaniques			
brulure lors du déchargement du matériel stérilisé		☺	☹

Source : Guide de concertation déparis, secteur soins de santé

Annexe 2. Extrait de la grille déparis (secteur santé)

L'éclairage

A discuter		Qui peut faire quoi de <u>concret</u> et quand?	
L'éclairage dans les locaux et du travail lui-même ✦ Ni trop, ni trop peu: suffisant pour voir les détails du travail, mais pas trop important La lumière du jour et la vue à l'extérieur: satisfaisant Pas d'ombres sur le travail Pas de reflet ni éblouissement: ✦ Sur les tables, les surfaces métalliques ou en verre, les feuilles de plastique, les fenêtres, les écrans... ✦ En particulier par le soleil, fenêtres avec des rideaux, stores ou pare-soleil ✦ Pas de vue directe des sources de lumière L'uniformité de l'éclairage: ✦ Des zones de travail et de passage (escaliers...) Les luminaires: ✦ Propres, nettoyés régulièrement ✦ Lampes ou tubes défectueux remplacés rapidement Le travail sur écran d'ordinateur: ✦ Le travailleur n'est ni face ni dos à une fenêtre ou à une source importante de lumière		✦	
Aspects à étudier plus en détails:		☹ ☹ ☹	

Source : Guide de concertation déparis, secteur soins de santé

Annexe 3. Bilan final (Les appréciations générales des rubriques)

En coloriant la case en vert ☺, en jaune ☹ ou en rouge ☹.

Situation de travail:			
1. Les locaux et zones de travail	☺	☹	☹
2. L'organisation du travail	☺	☹	☹
3. Les accidents du travail	☺	☹	☹
4. Les risques électriques et d'incendie	☺	☹	☹
5. Les commandes et signaux	☺	☹	☹
6. Le matériel de travail, les outils, les machines	☺	☹	☹

7. Les positions de travail		😊	😐	😞
8. Les efforts et les manutentions		😊	😐	😞
9. L'éclairage		😊	😐	😞
10. Le bruit		😊	😐	😞
11. Les risques d'exposition aux radiations	NA	😊	😐	😞
12. L'hygiène atmosphérique		😊	😐	😞
13. Les ambiances thermiques		😊	😐	😞
14. L'autonomie et les responsabilités individuelles		😊	😐	😞
15. Le contenu du travail		😊	😐	😞
16. Les contraintes de temps		😊	😐	😞
17. Les relations de travail au sein du personnel et avec la hiérarchie		😊	😐	😞
18. L'environnement psychosocial		😊	😐	😞

Source : Guide de concertation déparis, secteur soins de santé

Annexe 4. Canevas du plan d'amélioration des conditions de travail.

N°	Qui?	Fait quoi et comment?	Coût	Quand?	
				Date projeté	Date réalisé

Source : Guide de concertation déparis, secteur soins de santé

© 2025 CISSE, 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 (2)

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

Received, 14 March 2025

Accepted, 25 September 2025

Published, 14 October 2025

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

To cite: Meless, D F R et al. (2025). Connaissances, attitudes et modélisation du refus de vaccination des enfants par les usagers du programme élargi de vaccination en Côte d'Ivoire durant la COVID-19. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 169-179. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.11>

Research

Connaissances, attitudes et modélisation du refus de vaccination des enfants par les usagers du programme élargi de vaccination en Côte d'Ivoire durant la COVID-19.

Knowledge, attitudes and modelling of refusal to vaccinate children by users of the Expanded Programme on Immunisation in Côte d'Ivoire during COVID-19.

Meless Djedjro Franck Renaud^{1,3*}, Yassi Léonce Olivier Assi¹, N'Dri Kouamé Mathias⁴, Attoh-Toure Harvey¹, Amin Ncho Christophe^{1,2}.

¹Institut National d'Hygiène Publique, Abidjan, Côte d'Ivoire

²Département de Chimie Analytique - Bromatologie, Chimie générale, Chimie Minérale, UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan

³Département Physique, Biophysique, Mathématiques, Statistiques Et Informatique, UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan

⁴Département épidémiologie et santé des populations, Institut Pasteur de Côte d'Ivoire

Correspondance: email :MDFRENAUD@yahoo.com; Tel: +225 0749597587

Résumé

La pandémie de COVID-19 a profondément affecté la perception de la vaccination infantile en Côte d'Ivoire, entraînant des perturbations dans le Programme Élargi de Vaccination (PEV). Cette étude vise à identifier les facteurs associés au refus de la vaccination durant cette période. Cette étude s'appuie sur une enquête descriptive et analytique menée auprès de 422 usagers du Programme Élargi de Vaccination entre le 26 avril et le 14 mai 2021 à l'Institut National d'Hygiène Publique. La population cible était constituée de parents d'enfants âgés de 0 à 11 mois, fréquentant le centre depuis au moins six mois. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire portant sur les caractéristiques sociodémographiques, les attitudes, les perceptions vis-à-vis de la COVID-19 et de la vaccination. Une analyse descriptive, complétée par une régression logistique, a été réalisée afin d'identifier les niveaux de connaissances, les attitudes et de modéliser les facteurs associés au refus de la vaccination. Les résultats révèlent que 46,68 % des parents étaient réticents à la vaccination. Des variations géographiques ont été observées : la peur générale de la vaccination prédominait à Abobo, Yopougon et Port-Bouët, tandis que la crainte d'une substitution par le vaccin COVID-19 était plus marquée à Cocody et Treichville. Six facteurs ont été identifiés comme prédictifs du refus, dont la crainte des effets secondaires (ORa = 3,63) et la peur de recevoir un vaccin COVID-19 (ORa = 6,57). Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la communication pour rétablir la confiance vaccinale.

Mots-clés : Programme Élargi de Vaccination, Refus vaccinal, Facteurs prédictifs

Abstract

The COVID-19 pandemic has profoundly affected perceptions of childhood vaccination in Côte d'Ivoire, leading to disruptions in the Expanded Programme on Immunisation (EPI). This study aims to identify the factors associated with vaccine refusal during this period. This study is based on a descriptive and analytical survey conducted among 422 users of the Expanded Programme on Immunisation between 26 April and 14 May 2021 at the National Institute of Public Health. The target population consisted of parents of children aged 0 to 11 months who had been attending the center for at least six months. Data were collected using a questionnaire on sociodemographic characteristics, attitudes and perceptions towards COVID-19 and vaccination. A descriptive analysis, supplemented by logistic regression, was carried out to identify levels of knowledge and attitudes and to model the factors associated with refusal of vaccination. The results reveal that 46.68% of parents were reluctant to vaccinate their children. Geographical variations were observed: general fear of vaccination was predominant in Abobo, Yopougon and Port-Bouët, while fear of substitution by the COVID-19 vaccine was more pronounced in Cocody and Treichville. Six factors were identified as predictors of refusal, including fear of side effects (ORa = 3.63) and fear of receiving a COVID-19 vaccine (ORa = 6.57). These results highlight the need to strengthen communication to restore confidence in vaccination.

Keywords: Expanded Programme on Immunisation, vaccine refusal, predictive factors

1. Introduction

La pandémie de COVID-19 a profondément modifié les perceptions et les comportements en matière de santé publique, y compris ceux liés à la vaccination infantile. Si la priorité des politiques de santé s'est portée sur le développement et la distribution des vaccins contre la COVID-19, cette situation a également eu des répercussions indirectes sur d'autres programmes de vaccination essentiels, notamment le Programme Élargi de Vaccination (PEV). En Côte d'Ivoire, la pandémie a engendré des perturbations dans l'accès aux soins de santé préventifs, et des préoccupations émergent quant aux conséquences de cette crise sur l'adhésion des parents à la vaccination infantile (Ndiaye et al., 2022).

La réticence à la vaccination est un phénomène complexe influencé par des facteurs individuels, sociaux et contextuels. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'hésitation vaccinale est « le retard dans l'acceptation ou le refus de la vaccination malgré la disponibilité des services de vaccination » (World Health Organization, 2014). Plusieurs travaux ont montré que cette hésitation peut être exacerbée en période de crise sanitaire en raison de la circulation de désinformations, de la méfiance envers les institutions sanitaires et de l'influence des réseaux sociaux (Larson et al., 2020; Dubé et al., 2021).

En Côte d'Ivoire, les campagnes de vaccination du PEV ont historiquement rencontré une forte adhésion, mais la pandémie de COVID-19 a introduit de nouveaux déterminants susceptibles de modifier cette dynamique. Des études menées dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne ont mis en évidence une corrélation entre la peur de contracter la COVID-19 lors des consultations médicales et la baisse de la couverture vaccinale infantile (Chippaux, 2023). De plus, la propagation de fausses informations sur les vaccins en général a pu avoir un impact négatif sur la confiance des parents envers le PEV (Wilson et al., 2020). Dans ce contexte post-pandémique, il est légitime de se demander quels sont les facteurs spécifiques qui ont influencé la réticence à la vaccination infantile en Côte d'Ivoire durant la période COVID-19. Plus précisément, nous nous interrogeons sur les éléments ayant conduit certains parents à refuser ou à retarder la vaccination de leurs enfants pendant cette période.

L'objectif général de cette étude est de déterminer les facteurs associés au refus de la vaccination des enfants par les usagers du Programme Élargi de Vaccination en Côte d'Ivoire durant la COVID-19.

Mots-clés : COVID-19, vaccination infantile, hésitation vaccinale, Côte d'Ivoire, Programme Élargi de Vaccination.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Population de l'étude et collecte de données

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique, menée du 26 avril au 14 mai 2021 auprès de 422 usagers du Programme Élargi de Vaccination (PEV) au sein de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP)). L'échantillon a été constitué de manière exhaustive, en incluant tous les parents ou tuteurs d'enfants âgés de 0 à 11 mois fréquentant le centre depuis au moins six mois, et présents au cours de la période de l'enquête. Ce choix garantit une représentativité maximale des usagers sur cette période, tout en limitant les biais de sélection. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire structuré administré en face-à-face par des enquêteurs formés. Les informations recueillies portaient sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, situation matrimoniale, commune), les connaissances et attitudes vis-à-vis de la Covid-19, ainsi que les perceptions des vaccins du PEV.

2.2. Traitement et analyse des données

Une analyse descriptive a été effectuée en calculant les paramètres de position (moyenne) et de dispersion (écart-type) pour les variables quantitatives, et les fréquences pour les variables qualitatives. Ensuite, une analyse exploratoire a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés au refus de la vaccination des enfants en fonction des communes. Enfin, un modèle de régression logistique a été utilisé pour modéliser le refus de vaccination des enfants. Le modèle de régression logistique s'écrit comme suit (David Cox, 1958):

$$\text{Logit}(\text{RVENFCOVID}) = \beta_0 + \sum \beta_i X_i$$

Où :

- $P(\text{RVENFCOVID})$ représente la probabilité de refuser la vaccination des enfants,
- β_0 est l'ordonnée à l'origine (constante du modèle),
- β_i sont les coefficients de régression associés aux variables explicatives X_i ,
- Les paramètres $\hat{\beta}_0$ $\hat{\beta}_i$ sont obtenus par la méthode du maximum de vraisemblance.
- X_i désigne les différentes variables explicatives incluses dans le modèle (caractéristiques sociodémographiques, perceptions et attitudes vis-à-vis de la vaccination, etc.).

Les performances du modèle ont été évaluées à l'aide du test d'adéquation de Hosmer-Lemeshow et du calcul de la sensibilité et de la spécificité (Hosmer et al, 1980). Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel R version 4.1.1. Les valeurs manquantes ont été traitées par **imputation multiple**, une méthode statistique robuste recommandée pour limiter les biais (Rubin, 1987)

2. 3. Considération éthique

L'étude a été conduite dans le respect des principes éthiques en vigueur. Une autorisation a été obtenue auprès des autorités compétentes avant la collecte des données. Le consentement éclairé des participants a été recueilli après une explication détaillée des objectifs de l'étude, de sa méthodologie et de l'utilisation des données. L'anonymat et la confidentialité des informations collectées ont été garantis, et les données ont été utilisées uniquement à des fins de recherche.

3. Résultats

3. 1 Profil sociodémographique des usagers du PEV, connaissances et attitudes liées à la COVID-19

L'âge moyen des usagers du PEV était de 35 ± 7 ans avec une prédominance d'âge comprise entre 19 et 49 (95,97%). Les usagers de sexe féminin étaient plus observés (67,77%). Plus de 50 % des usagers enquêtés étaient marié(e)s. La majorité des usagers du PEV provenaient de l'ensemble des communes avec une prédominance de la commune de Cocody (40,76%). La commune de Treichville enregistrait un taux d'usagers faible (9,24%) et presque identique au taux des communes de Yopougon et Koumassi (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des usagers du PEV en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectifs (422)	Pourcentage (%)
AGE (année)		
[19-35[	224	53,08

<i>[35- 49[</i>	181	42,89
<i>[49-64[</i>	9	2,13
<i>[64-78[</i>	8	1,895
SEXE		
<i>Masculin</i>	136	32,23
<i>Féminin</i>	286	67,77
Situation Matrimoniale		
<i>Célibataire</i>	60	14,22
<i>concubinage</i>	95	22,51
<i>Divorcé</i>	1	0,24
<i>Marié Monogamie</i>	248	58,77
<i>Marié Polygamie</i>	18	4,27
Résidence		
<i>Cocody</i>	172	40,76
<i>Marcory</i>	64	15,17
<i>Koumassi</i>	42	9,95
<i>Treichville</i>	39	9,24
<i>Yopougon</i>	38	9
<i>Bingerville</i>	17	4,03
<i>Port Bouet</i>	17	4,03
<i>Abobo</i>	10	2,37
<i>Adjamé</i>	7	1,66
<i>Plateau</i>	5	1,18
<i>Autres</i>	11	2,61
Niveau d'instruction		
<i>Ecole franco-arabe</i>	10	2,4
<i>Jamais fréquenté</i>	18	4,3
<i>Primaire</i>	18	4,3
<i>Secondaire</i>	116	27,5
<i>Supérieur</i>	260	61,5

La quasi-totalité des usagers interrogés (99,5 %) déclaraient connaître la Covid-19, parmi lesquels 67,85 % étaient des femmes. Une association statistiquement significative a été observée entre la profession des répondants et leur niveau de connaissance de la Covid-19 ($p = 0,014$). Par ailleurs, la majorité des usagers fréquentant la structure présentaient un niveau d'instruction élevé, avec une prédominance des résidents de la commune de Cocody (40,8 %), suivis de ceux de Marcory (15,2 %). Les symptômes connus des enquêtés étaient la fièvre, les

courbatures, la toux, les difficultés respiratoires, et la diarrhée. La plupart des participants (98,81%) ont cité deux des symptômes, 95,21% en ont cité trois, et 0,004% en ont cité six. Les symptômes individuels les plus connus des usagers étaient les difficultés respiratoires (96,68%), suivie de la toux (93,6%), puis la fièvre (89,09%) et les céphalées (86,49%). Les participants résidant dans la commune de Cocody enregistraient un plus grand niveau de connaissance des symptômes de la Covid19 par rapport aux autres communes. Les principaux modes de transmission énumérés étaient la dispersion de gouttelettes par la toux et l'éternuement dans (98,10%) des cas suivis de la transmission manuportée (93,36%). D'autres modes de transmission non impliqués ont été cités comme le fait de partager le même repas (9%) et l'utilisation d'objets souillés (4,74%). Quant à l'existence des moyens pour éviter d'être contaminé par la maladie, les usagers affirmaient à 57,35% qu'il en existe et que les meilleurs étaient « utiliser un gel hydroalcoolique (97,16%) », « porter un cache nez (95,26%) » et « le lavage des mains (91,95%) ». Quant à la distanciation sociale de 1 m, la moitié soit 50% des personnes interrogées ont affirmé qu'elle est un moyen pour éviter la maladie. En ce qui concerne l'isolement ou le confinement ou encore rester chez soi et ne sortir que pour le nécessaire, seulement 31,28% des enquêtés l'ont trouvé comme moyen efficace pour éviter la covid-19. (Tableau 2)

Tableau 2 : Répartition des usagers selon leur connaissance et attitude sur la Covid 19

Variables	Effectifs (422)	Pourcentage (%)
Connaissance de la covid-19		
<i>Oui</i>	420	99,53
<i>Non</i>	2	0,47
Connaissance des symptômes		
<i>Céphalées</i>	365	86,49
<i>Courbatures</i>	286	67,77
<i>Diarrhées</i>	21	4,97
<i>Toux</i>	395	93,6
<i>Difficultés respiratoires</i>	408	96,68
<i>Fièvre</i>	376	89,09
Nombre de symptôme connus		
<i>2 des symptômes</i>	417	98,81
<i>3 des symptômes</i>	402	95,21
<i>4 des symptômes</i>	347	82,22
<i>5 des symptômes</i>	244	57,81
<i>6 des symptômes</i>	2	0,004
Connaissance des modes de transmission		
<i>Gouttelettes</i>	414	98,10
<i>Mains</i>	394	93,36
<i>Partager le même repas</i>	38	9
<i>Objets souillés</i>	20	4,74

Moyen de prévention		
Masques	402	95,26
Gel hydro alcoolique	410	97,16
Lavage des mains	388	91,94
Distanciation	211	50
Rester chez soi	132	31,28

3. 2 Analyse exploratoire des facteurs associés au refus vaccinal infantile en contexte de COVID-19 selon les communes d'Abidjan

Notre étude a montré qu'une proportion de 46,68% des usagers enquêtés refusait la vaccination en général de leur progéniture. L'analyse des correspondances multiples montre que les principales causes du refus de la vaccination de leurs enfants pour les parents en provenance des communes de Port Bouët, Plateau, Yopougon, Abobo, Adjamé, Marcory sont la peur de contracter la Covid 19 (PCONTRAMA) , également des rumeurs sur les vaccins administrés dans le PEV que sont : le vaccin rend l'enfant malade (RENFANMAL), le vaccin a des effets secondaires graves (EFSEGRAV) et est peu efficace (P_EFFICACE). Pour ceux en provenance des communes de Cocody, Treichville, Koumassi et Bingerville les causes de refus sont la peur qu'ils reçoivent le vaccin de la Covid 19 (PRECEVACC) et des rumeurs sur la non-efficacité des vaccins administrés au PEV.

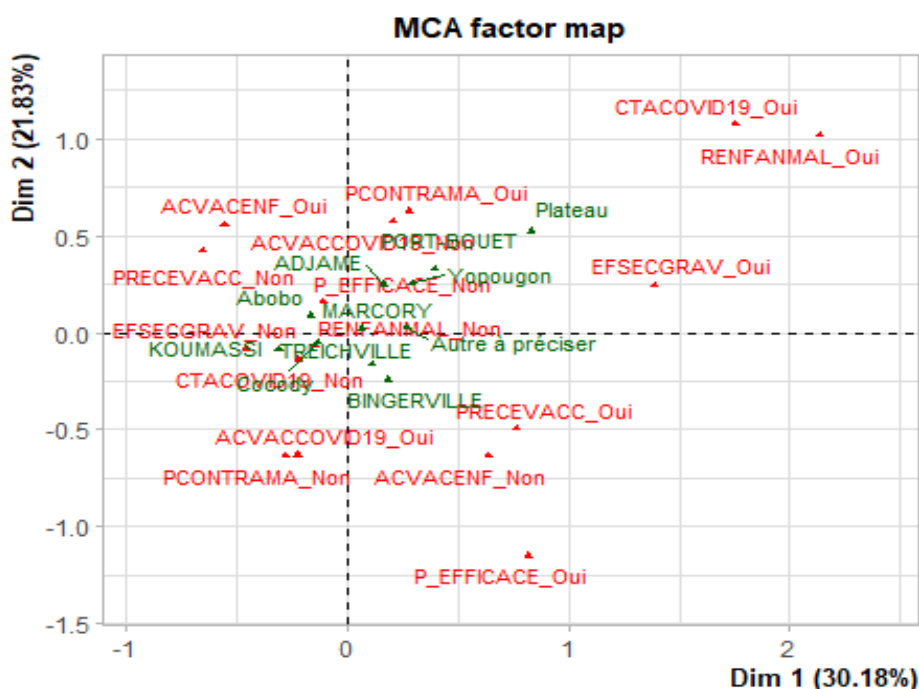


Figure 1 : Analyse des correspondances multiples des facteurs associés au refus de faire vacciner les enfants pendant la période de covid-19

3. 3 Facteurs prédictifs du refus vaccinal : résultats de la régression logistique multivariée

Afin de mieux comprendre les déterminants du refus de faire vacciner les enfants, une modélisation a été réalisée à l'aide de la régression logistique multivariée. Le modèle s'exprime selon la formule suivante :

Logit(RVENFCOVID)=-5,92+7,80PRECEVACC-1,14CATAGEVUL-1,05PCONTRAM+1,29EFSEGRAV-1,27RENFMAL+1,63MT+3,03CCOV+0,53SEXE+0,71P_EFF+0,62CCOV

Le critère d'Akaike a permis d'identifier six facteurs significativement associés au refus de la vaccination des enfants. Ce refus est plus fréquent chez les parents présentant les caractéristiques suivantes (Tableau 3) :

- Une peur de recevoir le vaccin contre la Covid-19 (ORa=6,57),
- Une connaissance de la Covid-19 (ORa=7,75),
- Une appartenance à une catégorie d'âge plus vulnérable (ORa=0,32),
- Une crainte de contracter la maladie (ORa=0,35).

Par ailleurs, certaines rumeurs sur les vaccins du PEV influencent également le refus de vaccination, notamment :

- La crainte d'effets secondaires graves liés aux vaccins du PEV (ORa=3,63),
- L'association entre la vaccination et l'apparition de maladies chez l'enfant (ORa=0,28).

Le test d'adéquation de Hosmer-Lemeshow confirme la validité du modèle avec une valeur de $p=0,84$, indiquant une bonne correspondance entre les données observées et les valeurs prédites. La sensibilité du modèle est estimée à 80,27 %, tandis que sa spécificité atteint 88,44 %.

Tableau 3 : sortie du modèle de régression

	$\hat{\beta}$	p-valeur	ORa(IC)
Intercept	-5,93	0,001	0,0026[0,0005; 0,12]
Pas peur d'être contaminé (OUI)	-1,05	0,0006	0,35[0,19 ; 0,63]
Se dire qu'il y'a une catégorie d'âge plus vulnérable (OUI)	-1,15	< 0,001	0,32[0,18 ; 0,55]
Maladie est-elle mortelle (OUI)	1,63	0,072	5,10[0,97 ; 34,20]
A peur de recevoir le vaccin (OUI)	2,81	< 0,001	6,57 [3,01 ; 20,83]
Effets secondaires graves (OUI)	1,29	0,0005	3,63[1,78 ; 7,63]
Rend l'enfant malade (Non)	-1,27	0,019	0,28[0,09 ; 0,81]
Connaissance de la Covid 19 (OUI)	3,03	0,005	7,75 [5 ; 17]
Sexe masculin	,53	0,07	1,7[0,94 ; 3,09]
Vaccin peu efficace (OUI)	,71	0,14	2,04[0,8 ; 5,45]
Crainte de la Covid (OUI)	0,62	0,16	1,85[0,8 ; 4,60]

4. DISCUSSION

1. Résultats majeurs

Cette étude a mis en évidence un taux élevé de réticence à la vaccination des enfants (46,68 %) parmi les usagers du Programme Élargi de Vaccination (PEV) à Abidjan durant la période COVID-19. L'analyse des correspondances multiples (ACM) a révélé que les principales raisons du refus vaccinal varient selon les communes, mais sont principalement liées à la peur d'être contaminée par la COVID-19, à la désinformation sur les vaccins du PEV, et aux croyances sur les effets secondaires graves des vaccins. La régression logistique a permis d'identifier six facteurs significativement associés au refus de la vaccination, notamment la

crainte de recevoir un vaccin COVID-19 ($ORa = 6,57$; $p < 0,001$) et la connaissance de la COVID-19 ($ORa = 7,75$; $p = 0,005$), qui, paradoxalement, accroît la probabilité de refuser la vaccination.

2. Interprétation des résultats et comparaison internationale

Ces résultats suggèrent que la pandémie de COVID-19 a engendré une véritable crise de confiance vis-à-vis des vaccins en général, y compris ceux administrés dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV). La peur d'une contamination par la vaccination reflète une perception erronée du risque, largement amplifiée par les rumeurs et la désinformation. Ce phénomène s'illustre notamment par le lien paradoxal entre la connaissance déclarée de la COVID-19 et une plus grande réticence vaccinale. Une telle association peut s'expliquer par une exposition accrue à des contenus non vérifiés, souvent diffusés via les réseaux sociaux ou les médias non scientifiques. Dans ce contexte, la connaissance factuelle ne garantit pas nécessairement l'adhésion comportementale, surtout lorsque celle-ci est médiée par des croyances subjectives, des peurs irrationnelles ou des pressions sociales.

Par ailleurs, la surinformation et la confrontation à des messages contradictoires, phénomène fréquemment observé dans l'écosystème numérique actuel peuvent générer un sentiment de confusion et de méfiance, plutôt que renforcer la confiance. Ce constat rejoint les travaux de Larson et al. (2014) ainsi que de Sallam et al. (2021), qui ont mis en évidence le rôle central de l'ambiguïté informationnelle dans l'émergence de la défiance vaccinale (Larson et al., 2014 ; Sallam et al., 2021).

Nos résultats s'inscrivent ainsi dans la lignée d'études menées dans d'autres pays du Sud. En Afrique du Sud, Cooper et al. (2021) ont souligné que la peur des effets secondaires et la méfiance envers les institutions représentaient les principales causes de refus vaccinal (Cooper et al., 2021). En République Démocratique du Congo, Ditekemena et al. (2021) ont également mis en lumière l'impact des rumeurs et des craintes post-vaccinales dans l'hésitation à se faire vacciner (Ditekemena et al., 2021).

3. Spécificités locales ivoiriennes

Cependant, un facteur spécifique émerge dans le contexte ivoirien : la peur que des vaccins COVID-19 soient administrés à la place des vaccins traditionnels du PEV. Cette crainte, moins documentée ailleurs, pourrait refléter une faible transparence perçue dans les campagnes de vaccination. Au Nigéria, Olanipekun et al. (2022) ont noté que l'introduction rapide des vaccins COVID-19 avait exacerbé les soupçons envers la vaccination en général, phénomène potentiellement transposable au contexte ivoirien (Olanipekun et al., 2022). Au-delà de cette méfiance liée à la COVID-19, plusieurs éléments socio-culturels propres à la Côte d'Ivoire méritent une attention particulière tant ils influencent les attitudes vaccinales. Le rôle central des leaders religieux, figures d'autorité très respectées dans les communautés, constitue un levier important : leur soutien ou leur opposition à la vaccination peut profondément orienter les décisions individuelles ou collectives. À cela s'ajoutent les croyances traditionnelles et les pratiques culturelles ancestrales en matière de santé, qui peuvent entrer en contradiction avec les messages de la médecine moderne, nourrissant ainsi des doutes, voire un rejet de la vaccination. Enfin, les réseaux communautaires et sociaux jouent également un rôle décisif dans la circulation des discours sur les vaccins : les dynamiques d'entraide, les échanges informels et la propagation de rumeurs au sein des groupes de proximité influencent fortement la perception du risque et la décision vaccinale.

4. Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites : sa réalisation sur un seul site limite la généralisation des résultats à l'ensemble du pays. L'utilisation de données déclaratives expose à un biais

d'autoprésentation. L'absence d'approche qualitative empêche d'approfondir la compréhension des représentations sociales autour des vaccins. Une étude nationale, appuyée sur une méthodologie mixte, permettrait d'élargir et de nuancer les conclusions présentées ici.

5. Implications pour les politiques publiques

Les résultats de cette étude soulignent la nécessité de renforcer les stratégies de communication, en ciblant spécifiquement les rumeurs et les peurs identifiées. Une communication différenciée par commune, s'appuyant sur les réalités locales et les acteurs communautaires (associations, chefs religieux), devrait être privilégiée. La formation continue des professionnels de santé est également essentielle pour renforcer leur rôle dans la lutte contre les hésitations vaccinales.

6. Perspectives de recherche

Plusieurs pistes de recherche méritent d'être explorées afin d'affiner la compréhension du phénomène du refus vaccinal. Il conviendrait d'abord d'évaluer l'impact des campagnes de communication menées après la pandémie de COVID-19 sur la confiance accordée aux vaccins. Parallèlement, l'étude des facteurs socio-économiques et culturels propres à chaque région pourrait permettre de mieux cerner les disparités d'adhésion vaccinale sur le territoire. Il serait également pertinent de comparer les niveaux de réticence entre différents groupes socio-professionnels, afin d'identifier les populations les plus vulnérables à la désinformation ou à la méfiance. Enfin, l'intégration d'approches qualitatives, telles que les entretiens ou "focus groups", s'avère essentielle pour explorer en profondeur les croyances, les représentations et les peurs sous-jacentes au refus vaccinal. Une telle structuration des recherches et des interventions futures permettrait d'élaborer des politiques vaccinales plus robustes, fondées sur une compréhension fine des réalités sociales et des déterminants comportementaux.

5. Conclusion

Les résultats de cette étude indiquent que la majorité des usagers ont une bonne connaissance de la COVID-19 et adoptent généralement des attitudes favorables. Toutefois, plusieurs facteurs restent associés au refus de la vaccination des enfants, notamment la peur de la contamination ou des effets secondaires, la perception d'une vulnérabilité accrue selon l'âge et les rumeurs entourant les vaccins du PEV. La pandémie a ainsi fragilisé les activités de vaccination en générant une psychose collective, influençant la perception de la vaccination. Cette étude présente cependant certaines limites : elle a été conduite sur un seul site, limitant la généralisation des résultats, repose sur des données déclaratives et n'inclut pas d'approche qualitative, ce qui restreint l'analyse des représentations sociales. En s'appuyant sur ces constats, il apparaît essentiel que les pouvoirs publics développent des stratégies de communication ciblées, adaptées aux réalités socioculturelles locales, et impliquant les acteurs communautaires, afin de restaurer la confiance et augmenter la fréquentation des structures sanitaires, même en contexte de crise. Une étude complémentaire, mobilisant une méthodologie mixte à l'échelle nationale, permettrait d'approfondir la compréhension des déterminants du refus vaccinal et de guider plus efficacement les interventions futures.

Remerciements

Les auteurs sont reconnaissants à l'égard des parents des enfants, des responsables de l'INHP à participer à la réalisation de cette étude.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Références

- Chippaux JP. (2023). Impact de la COVID-19 sur la santé publique en Afrique subsaharienne, .Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.2023;207:150-164. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407922003697//doi.org/10.1016/j.banm.2022.10.015>).
- Cooper S, van Rooyen H, Wiysonge CS. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy in South Africa: how can we maximize uptake of COVID-19 vaccines? *Expert Rev Vaccines*. 2021;20(8):921-933. <https://doi.org/10.1080/14760584.2021.1949291>
- Cox DR. (1958). *The regression analysis of binary sequences*. Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological), 20(2), 215–242.
- Ditekemena JD, Nkamba DM, Mutwadi A, Mavoko MH, Fodjo JNS, Luhata C, Michael, Colebunders R.(2021). COVID-19 vaccine acceptance in the Democratic Republic of Congo: a cross-sectional survey. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(2):153. <https://doi.org/10.3390/vaccines9020153>
- Dubé E, Ward JK, Verger P, MacDonald NE. (2021). Vaccine hesitancy, acceptance, and anti-vaccination: trends and future prospects for public health. *Annu Rev Public Health*. 2021;42:175-91. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102240>
- Hosmer DW, Lemeshow S. (1980). *Goodness of fit tests for the multiple logistic regression model*. Communications in Statistics - Theory and Methods, 9(10), 1043–1069.
- Larson HJ, Hartigan-Go K, de Figueiredo A. (2020). Vaccine hesitancy: origins, trends, and pathways forward. *Hum Vaccin Immunother*. 2020;16(12):2584-94.
- Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine*. 2014;32(19):2150-2159. DOI : [10.1016/j.vaccine.2014.01.081](https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.081)
- Ndiaye P, Dia AT, Hanon S, Tal-Dia A. (2022). Impact de la pandémie COVID-19 sur les programmes de vaccination en Afrique de l'Ouest : état des lieux et perspectives. *Rev Afr Santé Publique*. 2022;19(3):45-58.
- Olanipekun T, Olusanya J, Oluwaranti A. (2022). Hesitancy towards childhood immunization in Nigeria: a review of the literature and policy recommendations. *BMC Public Health*. 2022;22:1176.
- Rubin DB, (1987). *Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys*. New York: John Wiley & Sons.
- Sallam M. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy worldwide: a concise systematic review of vaccine acceptance rates. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(2):160.
- Wilson SL, Wiysonge C. (2020). Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health*. 2020;5(10):e004206.
- World Health Organization (2014). Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. November 2014

© 2025 MELESS, 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 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 02 June 2025
Accepted, 25 September 2025
Published, 17 October 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Hien, H. et al. (2025). Regards croisés des parties prenantes de la protection sociale sur les mutuelles sociales de santé au Burkina Faso : Enquête qualitative. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 180-189. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.12>

Research

Regards croisés des parties prenantes de la protection sociale sur les mutuelles sociales de santé au Burkina Faso : Enquête qualitative.

Cross-views of social protection stakeholders on mutual health insurance in Burkina Faso : Qualitative survey.

Hervé Hien^{1*}, Souleymane Sidibé², Dieudonné kaboré³, Lonsané Seré³, Juliette Compaoré³

¹Institut de recherche en science de la santé (IRSS)/CNRST, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

¹Institut de recherche en science de la santé (IRSS)/CNRST, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

²Helen Keller International, Ouagadougou, Burkina Faso

³ASMADE-Manégré / Aide au développement endogène, Ouagadougou, Burkina Faso

Correspondance : email : hien_herve@hotmail.com ; Tel : +22670245554

Résumé :

Les objectifs de cette étude étaient de réaliser un état des lieux du cadre juridique national sur le développement des mutuelles de santé et d'apprécier les regards des parties prenantes engagées dans la protection sociale au Burkina Faso. Il s'est agi d'une étude qualitative qui s'est déroulée de décembre 2024 à mars 2025 avec deux composantes à savoir une revue documentaire pour analyser le cadre juridique de la protection sociale et des mutuelles sociales de santé et une enquête auprès des parties prenantes nationales de la protection sociale dans 4 régions. Un total de 210 participants ont été inclus dans l'étude. Nous avons utilisé des entretiens individuels et des focus groupes (bénéficiaires des mutuelles). Ces participants étaient composés de décideurs (n=16), de planificateurs (n=53), partenaires techniques et financiers (n=03) de bénéficiaires (n=58), de la société civile (n=80). Au niveau légal et politique, plusieurs textes et lois régissent la mutualité au Burkina Faso. Selon la majorité des participants, ces documents ont permis une implication de l'État dans l'organisation du domaine de la mutualité. La mutualité est perçue par l'ensemble des participants comme une alternative qui améliore l'accès aux soins de santé des populations, qui cultive l'humanisme ainsi que la solidarité et la cohésion sociale. Ces résultats devraient servir à booster la dynamique nationale et même sous régionale en cours sur les mutuelles sociales de santé. Ils permettront de renforcer le fonctionnement, l'efficacité et la pérennisation des mutuelles au profit des populations non encore couvertes.

Mots clés : mutuelles sociales, protection sociale, perception, parties prenantes, politique de santé

Abstract

The objectives of this study were to provide an overview of the national legal framework for the development of mutual health insurance and to assess the perceptions of stakeholders involved in social protection in Burkina Faso. We conducted a qualitative study from December 2024 to March 2025. The study had two components: a literature review to analyze the legal framework of social protection and a survey on national social protection stakeholders in 4 regions. A total of 210 participants were included in the study. We used individual interviews and focus groups (beneficiaries of mutual insurance companies). Our study included 210 people and was composed of decision-makers (n=16), planners (n=53), technical and financial partners (n=03), beneficiaries (n=58), civil society (n=80). At the legal and political level, several texts and laws govern mutuality in Burkina Faso. According to most participants, these documents have enabled the State to be involved in the organization of the mutual insurance sector. Mutuality is perceived by all participants as an alternative that improves access to healthcare for the population, cultivating humanism, as well as solidarity and social cohesion. These results should serve to boost the national and even regional dynamics underway on social health mutuals. They will enable the strengthening of the operation, efficiency, and sustainability of mutual insurance companies, benefiting populations that are currently not covered.

Keys words: social mutuals, social protection, perception, stakeholders, health policy

1. Introduction

Le financement de la santé constitue une préoccupation majeure pour les États africains (Richard, V. 2004). Selon les estimations, les problèmes de santé feraient perdre à l'Afrique quelques 2400 milliards de dollar US de production chaque année, soit environ 48% du PIB du continent (Boidin, B. 2021). De la même source, par an, environ 150 millions de personnes font face à des dépenses catastrophiques pour les soins. En effet, dans ces pays à faible revenu, plus de 90% de leur population ne bénéficie d'aucune couverture complète provenant de systèmes de sécurité sociale divers. Par exemple 40 à 70% des dépenses de santé totales sont prises en charge par les ménages en Afrique subsaharienne (Owoundi JP; 2013). Le financement vise à assurer une protection universelle contre les risques financiers et une équité dans la répartition de la charge que représente le financement du système de santé (Kutzin, J. ;2008).

La recherche de sources de financement viables devient particulièrement capitale pour les populations afin de parvenir à faire face aux chocs sanitaires récurrents. Dans un tel contexte, la mutualité devient une alternative entrant dans la dynamique du financement et une réponse à l'amélioration de la couverture des besoins sanitaires sans exposer les populations à la pauvreté (Tessier, L ;2024, Niang, M ; 2024).

Les mutuelles de santé sont des organismes à but non lucratif avec pour vocation principale de prendre en charge le remboursement de tout ou partie des dépenses de santé des membres (Boned, O ; 2018). Au Burkina Faso, le mouvement de promotion de la mutualité dans le secteur de la santé bénéficie d'un soutien politique (PNDS 2021-2025). Ce potentiel a suscité un intérêt grandissant pour les mutuelles et le soutien à ce mouvement s'est organisé et développé à un rythme soutenu.

Dans le domaine de la santé des défis restent à relever car en dépit de l'existence des politiques de gratuité et des subventions dans le domaine de la santé, près de 73% de la population reste toujours exposé au risque maladie (SDMS 2019-2023). Cela peut s'expliquer par le dispositif

de protection sociale en santé qui se distingue par un fractionnement des cibles (SDMS 2019-2023) et aussi par le manque de la prise en compte des préoccupations des bénéficiaires et des parties prenantes engagées de la protection sociale.

Si la mutualité constitue une réelle alternative pour améliorer l'accès aux soins de santé, ces organisations prennent encore peu en compte les besoins des parties prenantes et de ses bénéficiaires. Les parties prenantes de la protection sociale sont diversifiées et leurs perspectives ne convergent souvent pas entravant ainsi le fonctionnement des organisations des mutuelles, leur synergie avec les stratégies nationales de protection sociale et leur pérennisation (PNDS 2021-2025). L'objectif de cet article était de réaliser un état des lieux du cadre juridique national sur le développement des mutuelles de santé et d'apprécier les regards des parties prenantes engagées dans la protection sociale en 2025 au Burkina Faso. Ces résultats viendraient booster la dynamique nationale en même sous régionale sur les mutuelles de santé.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Site de l'étude

L'étude a été réalisée selon une perspective nationale. Quatre régions qui développent des mutuelles de santé ont constitué le cadre de notre étude. Les régions concernées étaient la Boucle du Mouhoun, les Hauts-Bassins, l'Est, le Sud-Ouest et la région du Centre.

2.2. Type d'étude et période d'étude

Il s'est agi d'une étude qualitative qui s'est déroulée de décembre 2024 à mars 2025. Cette étude avait deux composantes : une revue documentaire pour analyser le cadre juridique de la protection sociale et des mutuelles sociales de santé et une enquête auprès des personnes parties prenantes nationales de la protection sociale dans les 4 régions de l'étude.

Une analyse basée sur le cadre d'analyse du triangle des politiques de Walt et Gilson a été utilisée pour soutenir les analyses (Walt, 1994; Gilson, 2008).

2.3. Population d'étude et sélection des participants

La population d'étude était constituée des personnes intervenant dans le domaine de la protection sociale et qui ont une expérience dans la gestion des mutuelles de santé, de mutualistes bénéficiaires, de gestionnaires de mutuelles de santé, de leaders communautaires, des autorités administratives. Ces participants provenaient des échelons des systèmes de protection sociale au Burkina Faso (niveau central, régional, périphérique).

A cette population d'étude s'est ajoutée une liste des documents relatifs au cadre juridique de la mutualité au Burkina Faso.

Les personnes interviewées ont été retenues de façon raisonnée tout en ayant recours aussi à la méthode boule de neige. La saturation a été utilisée lors des entretiens individuels avec un accent particulier accordé aux acteurs des services sociaux de base (santé, services sociaux) ainsi qu'à ceux des mutuelles de santé, des structures faitières de la mutualité et des personnes ressources détentrices d'enjeux politiques, économiques et sociaux ainsi que des structures d'appui à la promotion de la mutualité. Les différentes structures des parties prenantes (décideurs, utilisatrices/utilisateurs, structures d'appui aux mutuelles, mutuelles et des personnes directement ou indirectement touchées par les politiques de protection sociale) ont constitué notre échantillon qualitatif.

2.4. *Collecte des données*

Des entretiens individuels et des focus groupes ont été réalisés auprès de l'ensemble des acteurs ciblés. Un focus groupe de 10 participants a concerné uniquement les bénéficiaires des mutuelles de santé dans chaque région. La collecte des données qualitatives a été réalisée à l'aide d'un guide d'entretien individuel semi-structuré et d'une grille de revue documentaire pour la revue documentaire. La collecte des données a été réalisée par 4 groupes de deux enquêteurs de profil sociologique pendant 3 semaines.

2.5. *Traitement et analyse des données*

Les informations collectées ont été transcrites et organisées selon les thèmes retenus. Puis une analyse du contenu thématique a été effectuée suivant l'encodage effectué. L'ensemble des informations a été organisé en fonction du plan d'analyse basé sur les forces et les faiblesses de la mutualité. Il s'est agi de prendre en compte d'une part, dans le modèle mutualiste les forces qui sont les aspects positifs internes à la mutualité sur lesquels bâtir des perspectives et d'autre part, les faiblesses qui sont les aspects critiques internes à la mutualité et pour lesquelles des pistes d'amélioration importantes existent. Une triangulation des informations issues de la revue documentaire, des focus groups et des entretiens individuels a permis de produire des résultats. Du verbatim a été utilisé pour illustrer certains propos.

2.6. *Considérations éthiques et administratives*

Les participants ont été informés des objectifs de l'étude et de l'importance de leur participation. L'anonymat et la confidentialité des propos ont été assurés lors de la collecte et de l'analyse des données. Les participants ont été informés sur la durée de la participation aux entretiens individuels et de leur liberté de participer ou pas, ou de se retirer à tout moment sans aucun risque. Des enregistrements ont été réalisés avec l'autorisation des participants après les avoir rassurés de la confidentialité des données personnelles. Le protocole de l'étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique de l'institut national de santé publique suivant la référence N°2024/0017/MS/SG/INSP/CEI du 27 novembre 2024. Aussi, des autorisations ont été obtenues des autorités des ministères et directions concernés par l'étude.

3. **Résultats**

3.1. *Caractéristiques de l'échantillon*

Notre étude a inclus 210 participants. Les parties prenantes étaient composées de décideurs (n=16), de planificateurs (n=53), partenaires techniques et financiers (n=03) de bénéficiaires (n=58), de la société civile (n=80).

3.2. *Cadre juridique de la protection sociale et de la mutualité au Burkina Faso*

Au niveau légal et politique, plusieurs textes et lois régissent la mutualité au Burkina Faso. Un comité technique de la mutualité sociale a été créé pour assurer les missions de l'organe administratif de la mutualité sociale. Selon la majeure partie des interviewés, ces documents ont permis une implication de l'État dans l'organisation du domaine de la mutualité. Ils adressent des orientations pour la mise en place et la gestion des différentes mutuelles de santé, ainsi qu'un ancrage institutionnel à la mutualité au Burkina Faso.

Les décideurs trouvent que les dispositions des textes sont applicables sur tout le territoire et permettent une bonne organisation des mutuelles de santé. Les bénéficiaires, quant à eux, constatent d'une part que la réglementation de l'UEMOA portant sur la mutualité sociale exige

trop de critères difficiles à respecter par les pays. C'est le cas de la mise en place d'une entité autonome avec un fonds national de garantie. D'autre part, ils estiment que les différents textes portant sur la mutualité ne sont pas assez vulgarisés et explicités pour faciliter leur appropriation par l'ensemble des acteurs intervenant dans le domaine de la mutualité.

Les principaux textes et lois qui permettent l'organisation et la gestion de la mutualité au Burkina Faso se présentent comme suit dans le tableau I.

Tableau I : Principaux textes et lois régissant la mutualité au Burkina Faso

N°	Documents, textes et lois
1	Décret N°2021-1381/PRES/PM/MEFP/MFPTPS DU 31 décembre 2021 portant création, composition, attributions et fonctionnement d'un comité technique de la mutualité sociale
2	Arrêté N°2023-039/MFPTPS/CAB du 30 mars 2023 portant institution d'un registre national d'immatriculation des mutuelles sociales et de leurs structures faitières
3	Arrêté N°2023-038/MFPTPS/CAB du 30 mars 2023 portant fixation des conditions, modalités et procédures d'agrément et d'immatriculation des mutuelles sociales et de leurs structures faitières
4	Arrêté N°2022-025/MFPTPS/SG/DGPS/DPM portant nomination des membres du Comité Technique de la Mutualité Sociale (COTEMS)
5	Circulaire N°2023-011/MFPTPS/SG/DGPS/DPM du 21 février 2023 portant application du plan comptable des mutuelles sociales (PCMS)
6	Règlement d'exécution N°004 /2022/ COM/UEMOA du 1er juin 2022 relatif aux règles prudentielles, aux mécanismes de garantie et au contrôle du fonctionnement des mutuelles sociales et de leurs structures faitières
7	Règlement N°03/2012/CM/UEMOA du 10 mai 2012 portant adoption du plan comptable des mutuelles sociales au sein de l'UEMOA
8	Règlement d'exécution N°003-2011 relatif aux règles prudentielles portant sur les risques courts, aux mécanismes de garantie et au contrôle du fonctionnement des mutuelles sociales et de leurs structures faitières
9	Règlement d'exécution N°002/2011/ COM/UEMOA du 31 août 2011 déterminant les modalités et procédures de constitution, d'agrément et d'immatriculation des mutuelles sociales et de leurs structures faitières
10	Règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA
11	Décision N°005/2022/COM/UEMOA DU 1er juin 2022 fixant les indicateurs et les ratios prudentiels pour le contrôle du fonctionnement et de la viabilité des mutuelles sociales et leurs structures faitières au sein de l'UEMOA

3.3. L'appréciation des parties prenantes sur les mutuelles sociales

La mutualité est perçue par l'ensemble des participants comme une alternative qui améliore l'accès aux soins de santé des populations, qui cultive l'humanisme ainsi que la solidarité et la cohésion sociale. Elle est considérée comme une forme de soutien apporté à l'Etat dans l'exercice de son rôle régalien de garantir l'accès des populations aux soins de santé. Les différentes expressions utilisées selon les interviewés pour qualifier la mutualité sont assez illustratives et sont dominées essentiellement par les expressions telles que « *Accès aux soins* », « *Bonne chose* », « *Soulage* », « *Soutenir les vulnérables* ». Les différentes expressions utilisées par les interviewés sont présentées dans la figure n°1 ci-dessous.



Figure 1 : Perceptions des parties prenantes sur l'importance des mutuelles sociales de santé.

Cette dernière décennie a été marquée au Burkina Faso par des réformes majeures avec l'instauration de la gratuité des soins de santé pour les plus vulnérables, le financement basé sur les résultats ainsi que la couverture sanitaire universelle. Les mutuelles sociales ont été mises à contribution pour l'application de ces réformes. Bien qu'aucun mécanisme n'ait été instauré pour minimiser l'impact de ces réformes sur le fonctionnement des mutuelles sociales, celles-ci ont poursuivi leurs prestations au bénéfice des adhérents. Cette situation montre que les mutuelles devraient être capables de s'adapter à un environnement en pleine mutation. Un interviewé relève le fait que « *les mutuelles peuvent bien exister en dehors des risques de santé* » [P5].

Considérant que certains besoins des communautés ne sont pas pris en compte par les prestations offertes dans les structures de santé publique, il serait envisageable d'élargir les possibilités en matière de prestations offertes aux mutualistes et d'organiser les populations afin de prendre en compte leurs besoins. Un autre interviewé souligne que « *les mutualistes sont des acteurs de développement donc ils peuvent développer des activités complémentaires pour leurs bénéficiaires* » [P6].

Afin d'améliorer la performance des mutuelles sociales, il est ressorti que leur gestion mérite d'être informatisée tout en associant un mécanisme de gestion des plaintes tant du côté des mutualistes que de celui des prestataires et aussi un marketing social et un réseautage efficace. Ainsi, ces mutuelles performantes peuvent constituer un levier pour la mise en œuvre de l'Assurance maladie universelle (AMU). Pour plus de complémentarité dans le domaine de la protection sociale, la grande majorité des interviewés souhaite qu'il y ait un arrimage des différents mécanismes existants.

Pour la grande majorité des interviewés, un modèle de mutualité devra conserver le fondement de solidarité entre les membres et une adhésion volontaire, en vue de couvrir les risques individuels et collectifs tout en prenant en compte l'équité et les réalités socioculturelles surtout en milieu rural. Aussi, certains interviewés se sont exprimés sur le devenir des mutuelles sociales suite à une instauration d'un mécanisme d'adhésion obligatoire dans l'assurance

maladie universelle. Ces derniers préconisent plutôt le volontariat avec un mécanisme de sensibilisation associée à une amélioration de la qualité des prestations pour accroître la pénétration.

Certains interviewés ont également exprimé le souhait de voir la prise en compte du secteur privé et de la médecine traditionnelle dans le développement de la protection sociale par les mutuelles de santé.

4. Discussion

En tenant compte du contexte, du contenu, du processus et des acteurs, l'étude a exploré les bénéfices et les opportunités pouvant renforcer et pérenniser l'action des mutuelles de santé. Cette action se situe dans un contexte d'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle. Au niveau légal et politique, plusieurs textes et lois régissent la mutualité au Burkina Faso. Un comité technique de la mutualité sociale, composé d'acteurs publics de la protection sociale et d'acteurs provenant de structures d'appui aux mutuelles sociales, a été créé pour assurer les missions de l'organe administratif de la mutualité sociale. Selon la majeure partie des interviewés, ces documents ont permis une implication de l'État dans l'organisation du domaine de la mutualité. Ils adressent des orientations pour la mise en place et la gestion des différentes mutuelles de santé, ainsi qu'un ancrage institutionnel à la mutualité au Burkina Faso. La mutualité est perçue par l'ensemble des participants comme une alternative qui améliore l'accès aux soins de santé des populations, qui cultive l'humanisme ainsi que la solidarité et la cohésion sociale. Elle est considérée comme une forme de soutien apporté à l'État dans l'exercice de son rôle régalien de garantir l'accès des populations aux soins de santé. Tous ces acteurs impliqués interagissent et soutiennent le développement de la mutualité sociale au Burkina Faso.

Quel modèle de mutualité sociale ?

Les résultats montrent une diversité dans la définition d'un modèle mutualiste. Cependant, une grande majorité des participants à l'étude prône la prise en compte du volontariat et de la solidarité. Selon eux, la solidarité entre les membres et une adhésion volontaire constituent un gage de succès pour la prise en compte des réalités socioculturelles. Par exemple, au Burkina Faso certaines communautés dans leur organisation demeurent très attachées au principe de solidarité qui façonne leur interaction. Cette solidarité exprime leur désir commun de vivre ensemble et constitue un fondement traditionnel de la société, se manifestant à travers des systèmes volontaires de soutien familial et communautaire. Cela est beaucoup plus perceptible dans les zones rurales même si de plus en plus, la tendance à l'urbanisation entraîne l'effritement des valeurs de solidarité ainsi que l'émergence de nouvelles dynamiques fondées uniquement sur l'intérêt commun (Toucas-Truyen, P ;2021).

En effet, un grand nombre d'études relèvent comme facteur, parmi tant d'autres, influençant l'adhésion aux mutuelles sociales, l'expérience associative antérieure : Une expérience antérieure qui se réfère aux valeurs de solidarité et d'adhésion volontaire (Gankpe, G. F; 2018 ; Waelkens, M. P ; 2004 ; Seck I ; 2017 ; Dagbeto, R; 2023). Cette solidarité en tant que lien moral renforce non seulement les liens interpersonnels, mais aussi est un sentiment d'appartenance. Pour qu'une société existe, il faut que ses membres éprouvent de la solidarité les uns envers les autres.

Il est ressorti aussi dans l'étude la nécessité de prendre en compte le secteur privé et la médecine traditionnelle. Cela correspond à l'organisation du système de santé au Burkina Faso dans

lequel le secteur privé fait partie des sous-secteurs qui sont organisés pour offrir des soins aux populations en complément du secteur public. À travers l'Afrique, la médecine traditionnelle constitue soit le mode principal de prestation de soins de santé, soit un complément à ce dernier. Au Burkina Faso, un sous-secteur de la santé est dédié à cette médecine. Ainsi, une approche intégrant l'ensemble des sous-secteurs de la santé offrira l'opportunité de couvrir les besoins du maximum de la population. Cependant, c'est par l'atteinte de leurs propres objectifs que les mutuelles auront un impact positif sur le secteur de la santé (International Labour Organization; 2010).

En outre, il a été noté que le rôle de l'État devient central pour assurer la régulation et la réglementation du domaine de la mutualité sociale. Ce qui est correspond parfaitement à un des rôles régaliens de l'État à savoir la fonction de régulation. Toutefois, l'État et d'autres acteurs pourront avoir un rôle très important à jouer pour favoriser la création et le développement des mutuelles sociales (International Labour Organization; 2010).

Si la mutuelle est considérée comme une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents (International Labour Organization, 2010 ; Livet, M. 2007), il s'avère capital de repenser ces fondements selon le contexte ainsi que les mécanismes pouvant assurer une pérennisation véritable des mutuelles sociales. Les réalités sociales conditionnent l'engagement des communautés notamment en milieu rural.

L'arrimage des mutuelles aux différentes stratégies de protection sociale

Une dimension intéressante mise en évidence par cette étude concerne les possibilités d'arrimage des différents mécanismes existants dans la mutualité. Par exemple, la complémentarité pouvant exister entre différents mécanismes présents dans le contexte où les prestations offertes aux membres pourront être améliorées. En effet, plusieurs types de mécanismes existent sur le terrain et censés couvrir les mêmes populations et avec parfois des objectifs similaires. Le développement des mutuelles suppose le concours de multiples intervenants dont les plus importants sont, outre les organisations mutualistes, les Etats, les partenaires sociaux, les prestataires de soins, et les structures d'appui (ONG, bureaux d'études, projets, etc.). Ces acteurs auront à nouer de nouvelles relations de partenariat. Par exemple, les mutuelles sociales partagent avec d'autres organisations à la base, notamment dans le secteur rural et dans celui de l'épargne/crédit, la plupart de leurs principes de gestion démocratique, d'autonomie, de finalité de services aux membres. Ces organisations peuvent être intéressées à développer des activités en matière d'assurance santé (International Labour Organization; 2010). La formalisation et l'encadrement d'une collaboration dans ce sens renforcera les capacités de ces organisations.

La réglementation de la mutualité

L'étude a permis de répertorier plusieurs textes régissant la mutualité sociale au Burkina Faso. Cet environnement juridique a favorisé le développement des mutuelles sociales qui œuvrent à l'extension de l'assurance maladie à l'ensemble de la population notamment, celle des secteurs informel et agricole. Bien que des progrès aient été réalisés, des défis demeurent surtout en termes d'inégalités d'accès, de gouvernance, de financement et de gestion des régimes sociaux. Toutefois, l'engagement en faveur de la couverture universelle et de l'inclusion des populations marginalisées reste une priorité pour de nombreux gouvernements africains.

La réglementation de la mutualité sociale est un domaine complexe (International Labour

Organization; 2010, Bobot, L.; 2006). Considérant que la réglementation en matière de mutualité sociale en Afrique varie d'un pays à l'autre, elle repose généralement sur des principes similaires visant à protéger les populations contre les risques sociaux (maladie, vieillesse, invalidité, etc.) tout en assurant un accès équitable aux soins de santé et à d'autres services sociaux (International Labour Organization; 2017). La prise en compte des réalités locales permettrait une meilleure application de la réglementation.

5. Conclusion

Au Burkina Faso, le système de protection sociale mis en place jusqu'à l'avènement de l'assurance maladie universelle ne prenait en compte que les acteurs du secteur formel et ignorait le risque de maladie non professionnelle. Alors que cette tranche de la population « marginalisée » qu'est le secteur informel représente environ 42% de la population selon l'Agence d'information du Burkina. Ce sont les mutuelles de santé dans leur diversité de modèles et de modes d'intervention qui ont essayé de combler ce gap en matière de couverture sanitaire. Avec l'avènement de l'AMU, elles apparaissent comme un tremplin pour atteindre l'universalité dans la couverture santé compte tenu de leur mode d'intervention et de leur porte d'entrée qui est la communauté elle-même. C'est dans ce sens qu'en 2013 au Sénégal, le ministère de la santé a considéré que les mutuelles communautaires de santé étaient « *les seules ayant le potentiel de couvrir la majorité de la population sénégalaise* » (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013). Cependant, dans un pays à faible revenu on ne peut compter sur la faible capacité contributive de la population pour une gestion financière stable et pérenne. Il faut également une très bonne collaboration avec les communautés, une prise en compte des victimes de l'insécurité, une combinaison avec le modèle professionnel. Un fonds national alloué et une harmonisation des interventions des partenaires contribueront au développement des mutuelles et à une bonne gouvernance qui ouvrent la porte à une couverture santé universelle réussie. La question d'adhésion volontaire ou non, quant à elle, suscitant plusieurs avis divergents, devrait finalement faire l'objet d'une attention particulière au cours des prochaines années.

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 régions sanitaires, du niveau central et les partenaires au développement pour leurs autorisations nécessaires pour la collecte des données.

Conflit of Intérêts

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

Références

- Boidin, B. (2021). Les mutuelles en Afrique : enjeux et perspectives. *Médecine Tropicale et Santé Internationale*, 1(1), 10-48327.
- Bobot, L. (2006). Médiation et économie sociale, le cas de la Mutualité sociale agricole. *Revue internationale de l'économie sociale*, (299), 24-33.
- Boned, O., Guerry, R., & Pierron, L. (2018). Les mutuelles de santé face à la réglementation européenne : une banalisation de l'identité mutualiste ?. *recma*, 349(3), 42-55.
- Dagbeto, R., Adekambi, S. A., & Yabi, J. A. (2023). Financement Solidaire des Mutuelles

- Communautaires de Nutrition (MCN) et l'Amélioration de la Résilience Alimentaire et Nutritionnelle des Enfants : Une Revue Systématique de Littérature.
- Gankpe, G. F., Gankpe, E. C., Baleba, A. N., Zinsou, L., & Mesenge, C. (2018). Les mutuelles de santé reproduisent-elles les inégalités de santé au Bénin?. *Santé publique*, 30(3), 389-396.
- International Labour Organization (ILO) (2017). Social Protection Floors Recommendation No. 202: Global Social Protection Report. Genève : OIT. <https://www.ilo.org/resource/article/world-social-protection-report-2024-26-figures>
- International Labour organization. Plate-forme d'Abidjan. Stratégie d'appui aux mutuelles de santé en Afrique(2010).p35. <https://www.social/protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action>
- Kutzin, J. (2008). Politique de financement de la santé: un guide à l'intention des décideurs. *OMS Europe, Danemark*.
- Livet, M. (2007). Les groupes d'entraide mutuelle au péril de leur succès. *Droit, Déontologie & Soins*, 7(4), 437-443.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale Sénégal (2013). <https://www.sante.gouv.sn/>
- Niang, M., Gélinas, É., Samb, O. M., Tessier, L., Mailfert, M., Iradukunda, et al. (2024). Le rôle des mutuelles au sein des systèmes nationaux de protection sociale en santé: expériences de délégation de fonctions dans le monde.
- Owoundi JP; (2013) Poids des Dépenses de Santé sur le Revenu des Ménages au Cameroun. 27^{ème} congrès international de la population. p27.
- PNDS 2021-2025 du Burkina Faso (2020). https://pnd.finances.bf/lesdocuments/docpnd_507NMA_224.pdf
- Richard, V. (2004). Le financement de la santé en Afrique Sub-saharienne : le recouvrement des coûts. *Méd Trop*, 64(4), 337-40.
- SDMS-Stratégie de Développement de la Mutualité sociale (2019-2023) <https://www.fonction-publique.gov.bf/>
- Seck, I., Sagna, O., Leye, M. M., & Dia, A. T. (2017). Déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor (Sénégal). *Santé publique*, 29(1), 105-114.
- Tessier, L. (2024). *Quelle place pour les mutuelles de santé et assurances-maladie à base communautaire dans les systèmes de protection sociale en santé? Revue d'expériences* (No. 122). Document de Travail de l'OIT.
- Toucas-Truyen, P., & Doligez, F. (2021). L'économie sociale et solidaire en Afrique de l'Ouest subsaharienne: expériences, dynamiques, questionnements. *RECMA*, 362(4), 34-35.
- Waelkens, M. P., & Criel, B. (2004). Les mutuelles de santé en Afrique sub-Saharienne. *Etats des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*. Washington: World Bank, 99.
- Walt, G. & Gilson, L. (1994) Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353-370
- Gilson, L., Buse, K., Murray, S. F., & Dickinson, C. (2008) Future directions for health policy analysis: a tribute to the work of Professor Gill Walt. *Health Policy and Planning*, 23(5), 291-293

© 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 (2)

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

Received, 22 April 2025

Accepted, 22 October 2025

Published, 27 October 2025

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

To cite: Amoussou E.S.A., Affo, M.A., Both, J., & Ouedraogo, R. (2025). Avortement sécurisé au Bénin : perceptions communautaires de la loi recadrant l'interruption volontaire de grossesse dans la commune de Bohicon. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 190-202.

<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.13>

Research

Safe Abortion in Benin : Community Perceptions of the Law Reframing Voluntary Termination of Pregnancy in the Municipality of Bohicon"

Avortement sécurisé au Bénin : perceptions communautaires de la loi recadrant l'interruption volontaire de grossesse dans la commune de Bohicon

Audrey Sémévo Eunice Amoussou^{1,*}, Mingnimon Alphonse Affo², Jonna Both³, Ramatou Ouedraogo⁴

¹Laboratoire d'Anthropologie Médicale Appliquée, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

²Centre de formation et de recherche en matière de population, Université d'Abomey-Calavi (UAC) Cotonou (Bénin)

³Rutgers, Pays-Bas

⁴African Population and Health Research Center (APHRC), Kenya,

*Correspondance : email : audreysemevo@gmail.com ; Tel : +229 019-731-7384 ;

Résumé

À l'égard du poids des avortements clandestins sur la mortalité maternelle au Bénin, les autorités ont réformé en 2021 la législation sur l'avortement. À présent, l'avortement est autorisé jusqu'à douze semaines de grossesse, à la demande de la femme enceinte, en cas de détresse matérielle, éducative, professionnelle ou morale (Loi 2021 sur la Santé Sexuelle et la Reproduction, 2021). Cette recherche analyse la perception et l'acceptation de cette réforme par les acteurs communautaires dans le département du Zou. Elle repose sur une approche qualitative, à travers huit entretiens individuels et six focus groups menés auprès de parents, d'adolescents, de leaders communautaires et religieux. Les données ont été transcrites et analysées selon une démarche déductive. Ce travail relève d'un manque de communication autour de la loi, qui induit une faible connaissance de la loi sur l'avortement et une émergence de rumeurs dans un contexte où le bouche-à-oreille est la principale source d'information. Les dynamiques socioculturelles limitent l'accès des femmes à l'information formelle et freinent leur autonomie reproductive. La désinformation renforce les perceptions négatives de loi dans une arène où l'avortement est perçu comme une transgression. Toutefois, certains acteurs valorisent les bénéfices sanitaires de l'accès à l'avortement sécurisé, tandis que les opposants expriment des inquiétudes d'ordre religieux et éducatif, notamment sur la sexualité des jeunes. Ces constats soulignent la nécessité de renforcer les efforts de sensibilisation et d'éducation adaptés au contexte local, afin de favoriser une meilleure compréhension de la loi et une évolution des représentations sociales.

Mots clés : Perceptions, acceptabilité, légalisation, IVG, communication, Rumeurs, Bénin

Abstract

Considering the burden of clandestine abortions on maternal mortality in Benin, authorities reformed abortion legislation in 2021. Abortion is now permitted up to twelve weeks of pregnancy, at the request of the pregnant woman, in cases of material, educational, professional, or moral distress (2021 Law on Sexual Health and Reproduction, 2021). This research analyzes the perception and acceptance of this reform by community actors in the Zou department. It is based on a qualitative approach, through eight individual interviews and six focus groups conducted with parents, adolescents, community and religious leaders. The data were transcribed and analyzed using a deductive approach. This work highlights a lack of communication around the law, which leads to poor knowledge of the abortion law and the emergence of rumors in a context where word of mouth is the main source of information. Sociocultural dynamics limit women's access to formal information and hinder their reproductive autonomy. Misinformation reinforces negative perceptions of the law in an arena where abortion is perceived as a transgression. However, some actors promote the health benefits of access to safe abortion, while opponents express religious and educational concerns, particularly regarding the sexuality of young people. These findings underscore the need to enhance awareness-raising and educational efforts tailored to the local context, thereby promoting a deeper understanding of the law and a shift in social representations.

Keywords: Perceptions, acceptability, legalization , abortion, communication, rumors, Benin

1. Introduction

L'Afrique de l'Ouest enregistre le taux de mortalité liée à l'avortement le plus élevé du monde en 2019, de 185 décès maternels pour 100 000 avortements (Bankole et al., 2020). Au Bénin, plus de 200 femmes décèdent chaque année des suites des complications d'avortements. Ces avortements clandestins contribuent à 15 % du taux de décès maternel (Ministère de la Santé, 2019), qui est estimé à 391 décès pour 100 000 naissances vivantes (INSAE & ICF, 2019).

Plusieurs facteurs concourent au recours à l'avortement par les femmes. Ces facteurs varient selon le profil matrimonial des femmes. Pour les jeunes femmes célibataires, la peur et la pression familiale et sociale sont prépondérantes (Gbaguidi, 2017), la fuite de responsabilité de l'auteur de la grossesse (Boko et al., 2017) dans un contexte de préparation insuffisante pour assumer une grossesse et les conditions socio-économiques des parents conduisant à des relations transactionnelles (APHRC et al., 2022 : 25). Pour ce qui est des femmes mariées, l'instabilité et les tensions au sein des couples, les relations extraconjugales, les raisons économiques qui renvoient à une potentielle perte d'emploi à cause de la grossesse, le retardement de l'arrivée du premier enfant et l'espacement de naissance ou l'arrêt de la vie reproductive (Baxerres et al., 2018). Cependant, le recours à l'avortement à risque chez les femmes est déterminé par le faible accès à la contraception, l'accès limité aux informations sur les services de soins d'avortement médicalisé (Munakampe et al., 2019). Le contexte de législation restrictive en matière d'avortement en Afrique de façon générale constitue également un facteur majeur qui explique la prévalence des avortements à risque (Pasquier et al., 2023).

A cet effet, la légalisation de l'avortement apparaît comme une réponse majeure pour favoriser le recours à une interruption de grossesse par les femmes, dans des conditions qui préservent leur santé et leur vie. Ainsi, le Bénin élargit les conditions d'accès aux soins d'avortement à travers le vote de la loi n° 2021-12 du 20 décembre 2021 modifiant et complétant les articles 17 et 19 de la loi n° 2003-04 du mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction. Autrefois, le recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) était autorisé dans des conditions exceptionnelles : (i) quand la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme enceinte ; (ii) lorsque la grossesse est la conséquence d'un viol ou d'une relation incestueuse ou (iii) lorsque l'enfant à naître est atteint d'une affection d'une particulière gravité. Depuis 2021, la loi permet également l'IVG à la demande de la femme enceinte jusqu'à douze semaines d'aménorrhée et sur prescription d'un médecin ; lorsque la grossesse est susceptible d'occasionner une situation de détresse matérielle, éducative, professionnelle ou morale incompatible avec l'intérêt de la femme et/ou de l'enfant à naître.

Les recherches sur la légalité de l'avortement interrogent la compréhension, les perceptions des acteurs, ainsi que l'effectivité de l'accès des femmes aux services de soins d'avortement médicalisé et de planification familiale dans les pays où la législation est restrictive (Rominski & Lori, 2014 ; Bain & Kongnyuy, 2018 ; Bongfen & Abanem, 2019 ; Mayack, 2022). Haaland et al. (2019) à travers l'expérience de la Zambie met en exergue la relation entre la compréhension et les perceptions des acteurs sur la loi et l'effectivité d'accès services d'avortement. La loi zambienne sur l'IVG donne lieu à diverses interprétations, perceptions et prises de position conflictuelles, affectant l'accès des femmes aux services, particulièrement dans des zones rurales, où les services médicaux sont limités. A cet effet, l'application de la loi sur l'IVG pour amorcer un vrai changement en matière d'accès requiert entre autres une connaissance et une bonne appréciation de la part des parties prenantes en vue d'obtenir leurs adhésions. Cresswell et al. (2016) affirment que le manque d'information, de connaissances et les attitudes conservatrices constituent des obstacles importants à l'accès à des services d'avortement sûrs en Zambie. Ils prouvent qu'en communauté, les femmes ayant une bonne connaissance de la loi sur l'avortement avaient tendance à avoir une attitude plus libérale à l'égard de l'avortement.

Les représentations sociales de la loi sur l'IVG au Bénin sont influencées par le niveau de connaissances des individus et leur environnement. Selon Rateau et Lo Monaco (2013), elles se construisent par deux processus : l'objectivation, qui simplifie et structure l'information, et l'ancrage, qui l'intègre dans le contexte social. Les populations modèlent leur perception à partir des valeurs, normes et expériences transmises, renforçant ainsi leur identité et leurs opinions. Les représentations sociales, en tant que systèmes collectifs de savoirs et de croyances, jouent un rôle clé dans la construction de la réalité humaine. En résumé, la réalité humaine se construit à travers les interactions sociales, guidées par des systèmes de représentations collectives incluant des opinions, des savoirs, des expériences et des croyances. Ces représentations, issues d'une culture spécifique, sont structurées, partagées et essentielles à la cohésion sociale (Rateau & Lo Monaco, 2013).

La présente recherche vise à analyser les perceptions des acteurs communautaires sur la loi

favorisant l'accès à l'avortement sécurisé au Bénin. L'intérêt de ce travail est de mettre en lumière les différentes positions qui émergent dans la communauté et les arguments mobilisés sur la possibilité de recours des femmes à des avortements sécurisés dans un contexte socioculturel et religieux complexe.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Conception et cadre de l'étude

Les données proviennent d'une étude qualitative qui s'inscrit dans le cadre d'une recherche doctorale dont l'objectif général est d'analyser l'influence de la réforme pour l'accès à l'avortement sécurisé sur les perceptions et les pratiques des acteurs en matière d'offre et de demande de services d'avortement sécurisé. Les investigations ont été conduites dans la commune de Bohicon au niveau du département du Zou au Bénin. Cette ville est située à plus d'une centaine de kilomètres de la capitale économique, Cotonou. Le positionnement géographique de cette commune fait d'elle une ville carrefour en plein essor, avec une population à dominance jeune, féminine et sexuellement active. Sa population a atteint 233 717 habitants en 2022, soit presque le double de sa densité en 2013 (Mairie de Bohicon, 2023). Plus de la moitié de la population de la commune de Bohicon ont entre 15 et 59 ans, soit 51,4 % et 52,6 % sont du sexe féminin. Donc plus de la moitié de la population de cette commune doivent être sexuellement active. Aussi, elle représente l'une des communes ayant un fort taux de grossesse précoce dans le département du Zou. Au cours des cinq dernières années, 20 % des grossesses enregistrées dans ce département proviennent de la commune de Bohicon. La collecte de données a été effectuée dans quatre arrondissements sur les dix qui constituent la ville, dont les deux arrondissements urbains (Bohicon 1 et 2) et deux autres ruraux (Sodohomé et Saclo). Le choix de ces sites est raisonné, basé sur le niveau de densité de population, allant des zones les moins peuplées aux plus peuplées.

2.2. Population de l'étude et échantillonnage

Les catégories d'acteurs impliquées dans cette étude sont des parents d'adolescents et/ou jeunes âgés de 30 à 58 ans, des adolescents et jeunes hommes et femmes de 15 à 25 ans, des informateurs clés constitués de leaders communautaires et religieux, acteurs d'ONG et d'assistants sociaux. Comme critère d'inclusion, les acteurs devraient résider dans la commune depuis plus de trois ans, âgés de 15 ans au moins pour les jeunes et d'au moins 18 ans pour les autres acteurs et doivent donner leur consentement éclairé pour leur participation. À travers une stratégie combinant un choix raisonné et la méthode boule de neige, un total de 64 personnes a été mobilisé grâce à l'effet de saturation. La mobilisation des acteurs a été faite dans la communauté, dans des établissements ou des structures intervenant sur les questions de DSSR en particulier l'avortement sécurisé.

2.3. Méthode de collecte et de traitement des données

Les données ont été collectées à partir d'entretiens approfondis, de discussions informelles et de focus group conduits à l'aide de guides d'entretien spécifiques à chaque catégorie d'acteurs. Les entretiens individuels (08) ont été réalisés avec des chefs religieux, des élus locaux, les

acteurs d'ONG et une assistante sociale. Les focus groups ont été organisés avec des parents de jeunes ou d'adolescents (4) et jeunes filles et garçons (2) en groupe mixte dans le but d'obtenir une perspective collective sur les perceptions des acteurs sur la loi.

De plus, une revue documentaire a été faite sur l'expérience d'autres pays africains en matière de légalisation de l'IVG, en particulier les opinions des acteurs sur ce sujet. La phase de collecte de données s'est déroulée sur trois mois, couvrant d'octobre à décembre 2023. Les données issues de cette collecte ont été transcrites sous la forme de verbatim du fongbè en langue française. Un traitement manuel traitement a été fait selon la méthode d'analyse de contenu déductive dans le but de comprendre les messages contenus dans le discours des participants.

2.4. Considérations éthiques

En prélude à la collecte des données, nous avons obtenu l'autorisation de recherche de notre université de tutelle qui nous a permis de nous introduire et d'avoir l'approbation des directeurs des établissements et des élus locaux. Tous les participants ont été informés des objectifs de l'étude, et nous avons obtenu le consentement éclairé des participants (ou de leurs parents/tuteurs pour les adolescents de moins de 18 ans). Pour respecter la confidentialité, les données ont été codées pour préserver l'anonymat des répondants.

3. Résultats

3.1 Niveau de connaissances des acteurs sur la loi N°2021-12 du 20 Décembre 2021

Plus de deux ans après le changement de cadre législatif sur l'avortement au Bénin, les acteurs restent encore très peu informés de ce changement et des facteurs qui l'ont motivé. En effet, moins de la moitié, soit 16 personnes sur les 62 rencontrées au niveau communautaire affirment avoir une connaissance du changement du cadre législatif sur l'avortement. Prioritairement, il y a les autorités locales et religieuses (6 sur 8), les élèves (4 sur 14) impliqués qui sont plus informés sur le sujet. Alors que chez les parents d'adolescents ou de jeunes rencontrés, très peu d'eux (6 sur 38) sont informés. Cette faible connaissance de la loi en communauté se confirme dans le discours des acteurs d'ONGs. La minorité de la communauté ayant accès à l'information est prioritairement les responsables locaux, religieux et les leaders politico-administratifs. Selon une participante, le niveau de connaissances de ces responsables est lié au fait qu'ils ont accès à l'information à travers des sources d'information assez fiables. Bien que la radio soit citée comme leur principale source d'information, il y a aussi leurs implications dans des activités conduites par des ONGs sur les questions de santé sexuelle. Les parents et les jeunes étant les moins informés, ont principalement la bouche à oreille, la radio et les agents de santé sources d'information.

3.2-Discours des acteurs sur les fondements de la réforme sur l'accès à l'avortement

La diversification des sources d'information en communauté induit des messages variés sur les facteurs qui soutiennent la réforme et les conditions d'accès à l'avortement. Dans le rang des autorités locales et religieuses, elles déclarent que la loi a été votée pour réduire les cas de décès liés à l'avortement clandestin. Selon eux, l'offre est disponible aux niveaux des hôpitaux en cas de désir d'avortement face à une grossesse non désirée, en cas de malformations et en cas de risque pour la vie de la mère. L'un d'eux déclare :

« Cette loi a été votée pour réduire le cas de décès des filles qui tombent enceinte sans le désiré et qui procèdent à l'avortement clandestin. (...) il y a des femmes qui tombent précocement enceinte et si elles avortent clandestinement, elles peuvent mourir ou l'accouchement peuvent endommager leur appareil génital ou encore elles vont souffrir, c'est pourquoi l'avortement est autorisé. Il y a des enfants mal formés, si les parents voient que si l'enfant naît il va créer de problème à la mère ou au père ou à la société, soit si c'est un enfant qui à l'accouchement, peut perdre la vie ou la mère peut perdre la vie, on peut l'avorter pour sauver la mère. On a dit que l'avortement n'est plus clandestin, si une fille tombe enceinte précocement, elle peut aller dans des hôpitaux pour avorter librement et non le faire clandestinement. (Paul, leader communautaire, Sémé).

L'avortement clandestin n'est plus recommandé pour réduire la mortalité maternelle. Pour d'autres participants, le service pourrait être gratuit dans les centres de santé pour les femmes ayant une forte fécondité. La réforme est perçue comme une incitation à l'avortement, offert gratuitement dans les établissements de santé, notamment pour les familles nombreuses. L'un des facteurs qui auraient motivé cette réforme est le souhait de l'État de réguler et de réduire les naissances dans le pays. Une mère nous explique :

« Parce que le gouvernement pense que le pays est trop peuplé, il a autorisé l'avortement, pour réduire le nombre de citoyens dans le pays. Donc c'est pour diminuer la population parce qu'au Bénin nous devenons de plus en plus nombreux. De plus, comme l'avortement entraîne la mort, il l'a autorisé. » (Jeannette, mère, Todo).

Dans le rang des jeunes et des parents informés, cette réforme est une politique de contrôle démographique de la population béninoise. Ces discours mettent en exergue la présence des récits informels au sujet de la loi, liés à la transmission et à l'interprétation des informations dans la communauté. Ces discours reflètent une interprétation de cette loi au prisme d'une réalité locale, qui a été longtemps soutenue par les normes traditionnelles. Il y a une perception d'une logique de limitation de naissance, même d'exposition aux risques sanitaires liés à l'avortement pour solutionner les défis liés à la croissance démographique. Ces discours montrent une conscience par rapport à ces défis et une préoccupation individuelle voir collective à l'égard de cette loi, perçue comme une stratégie de contrôle de la reproduction de la communauté.

Les données montrent une faible connaissance par la plupart des acteurs du contenu de la loi et des facteurs qui motivent cette réforme. Ce manque d'information donne lieu à diverses interprétations qui influencent des prises de positions diversifiées en communauté.

3.3 Les prises de position par rapport à la loi :

Opinions consensuelles sur la légitimité de la loi : cette position est soutenue par quelques pères de famille (2) en milieu urbain et leaders communautaires, en invoquant les impacts sanitaires et économiques, perçus comme un avantage lié à cette possibilité de recourir à un avortement sécurisé. D'une part, certains parents perçoivent cette loi comme un moyen de réduire la mortalité chez les jeunes filles. Les arguments mobilisés par ces parents mettent en exergue la nécessité d'encadrer la pratique des interruptions volontaires des grossesses par les

femmes en vue de les épargner des conséquences qui y sont liées et surtout de la mort. Cette posture est basée sur une analyse des expériences locales et individuelles de son environnement social sans une prise en compte les règles normatives liées à l'avortement. Un père de famille explique :

« Pour moi, c'est une bonne chose, parce que si l'enfant (fille) n'est pas âgée et qu'elle est tombée enceinte, et s'il y a possibilité qu'on trouve ce qu'on cherche de lui, c'est bon. Moi, je suis conducteur de taxi-moto et je vais mettre au monde un enfant et je souhaite que ce dernier conduise aussi ? Non. Jamais. » (Franck, Parent, Houndon)

D'autres part, cette réforme est perçue comme une opportunité donnée aux filles de se construire un meilleur avenir. Cette position considère cette loi sur l'avortement comme un moyen de réduire les contraintes de vivre les impacts négatifs des grossesses précoces chez les jeunes filles. Elle représente un espoir pour ces parents, qui n'ont que le désir de voir leurs enfants réussir leur avenir malgré l'expérience d'une grossesse précoce ou non désirée.

Des opinions controversées sur la validité de la loi : Cette position est soutenue par les leaders religieux, certains leaders communautaires, les jeunes et parents. Cette position est soutenue beaucoup plus par les mères. Les arguments mobilisés pour justifier cette opposition prennent en compte des facteurs éducatifs et les pratiques sexuelles des jeunes au regard des valeurs et normes sociales. Sur le plan éducatif, les acteurs perçoivent cette loi comme un frein aux efforts des parents face aux défis éducatifs en matière de sexualité des jeunes et une motivation des jeunes à se plonger dans une sexualité irresponsable. En effet, l'éducation sexuelle des jeunes reste un défi majeur pour les parents. Ils estiment que les jeunes, à travers l'école et les réseaux sociaux, sont plus informés qu'eux en matière de sexualité. Aussi, les conditions économiques des parents et l'influence des mauvaises compagnies constituent des barrières à l'encadrement des jeunes adolescents en matière de sexualité. Ayant été éduquer dans la crainte et la peur en matière de sexualité, ils tentent de reproduire le même modèle d'éducation qui semble prouver ses limites. Dans cette position inconfortable, ils ont le sentiment que certaines réformes du gouvernement les affaiblissent encore davantage dans leur autorité parentale. Alors qu'auparavant, ils utilisaient la survenue d'une grossesse et les difficultés liées à sa gestion, et aussi le risque lié à la pratique de l'avortement comme arguments pour susciter la peur chez les enfants.

« Vous voyez, L'éducation qu'on donne à nos enfants viennent d'en haut. Et on nous dit d'éduquer nos enfants en leur disant ce qu'il faut utiliser (les contraceptifs ?) pour aller au sexe sans tomber enceinte. Nous n'avons pas la force de demander aux enfants de se temporiser jusqu'à tel âge. Moi je suis membre d'ONG qui éduque les enfants sur la sexualité, et ce sont ces conseils que nous leur donnons. Malgré nos conseils on a échoué. Nous éduquons nos filles mais elles n'écoutent pas. Même les choses qu'ils apprennent pour prévenir la grossesse, elles ne savent pas bien les utiliser et on a des cas de grossesse. Ce sont ces situations que nous utilisons pour ceux qui sont derrière, mais avec cette loi, elles ont feu vert, elles vont avorter à notre insu, elles n'auront plus de limite » (Afia, Parent, Todo)

Cette loi est perçue comme une opportunité pour les jeunes de mener une vie sexuelle à risque, avec l'assurance de faire recours à l'avortement sécurisé. Cette perception couvre une crainte

des parents de motiver les jeunes à avoir des comportements à risque et le manque d'arguments de dissuasion pour susciter la crainte chez les jeunes. Selon les parents, Les jeunes abordent la sexualité dans des conditions qui ne leur permettent pas de se préparer adéquatement à la réalité. Et l'un des facteurs explicatifs de ce fait est le changement du modèle collectif d'éducation à une approche individualisée avec l'influence des réseaux sociaux à fragiliser la transmission des normes et valeurs aux enfants. D'après eux, autrefois, la transition de l'adolescence à l'âge adulte était encadrée par la grande famille ou la communauté, assurant un accompagnement structuré. Les réseaux sociaux et les médias provoquent une rupture avec les normes sociales traditionnelles, affaiblissant le rôle et les responsabilités des parents. Une réalité qui entraîne une modification des pratiques des jeunes, marquant une différence notable avec celles des générations précédentes. Ils expliquent que la maturité et l'aptitude au mariage d'un enfant étaient définies par son autonomie et sa capacité à assumer des responsabilités familiales. Le respect des étapes traditionnelles symbolisait l'honneur envers la famille et témoignait d'une éducation collective réussie, source de fierté. Cependant, les jeunes d'aujourd'hui tendent à s'éloigner de ces normes, ce qui réduit l'autorité parentale. Ils s'engagent dans des relations amoureuses sans préparation adéquate, conduisant à des grossesses précoces, souvent suivies de tentatives d'interruption. Selon les parents, la survenue d'une grossesse non désirée est perçue donc comme résultant de choix non réfléchis des jeunes, qu'ils doivent assumer. L'avortement est perçu dans cette perspective comme une déviance, un abandon de responsabilité avec des conséquences désastreuses dans la vie de ceux qui y ont recours. Cette opinion est partagée par les répondants des religions endogènes et chrétiennes. Un leader des religions endogènes nous explique :

« L'avortement est comme un crime, il y a des ces avortements, peut-être d'une grossesse jumelaire, ces enfants avortés deviennent des 'tohossou', ce serait à cause de ce seul avortement que tu ne pourras plus tomber enceinte de nouveau (...) La femme et le mari, la paix du cœur qu'elle doit avoir pour travailler, si elle est vendeuse par exemple, cet esprit devenu Tohossou va tout bloquer, si son commerce évolue normalement elle va payer ses impôts et contribuer au développement de son pays. Si c'est qu'elle est fonctionnaire, elle aura la paix du cœur de se consacrer à son travail. Parce que cet enfant est devenu un esprit, l'air qui serait en train d'airer et lui causer du tort. » (Codjo, Leader religieux, Saclo)

L'avortement est perçu comme une transgression sociale et morale dont les répercussions sont la manifestation de la colère de l'âme avortée ou de Dieu, car avorter c'est tuer. Par ailleurs, l'avortement auraient des blocages sur le plan de la nuptialité, de la fécondité et au plan professionnel. Dans les religions endogènes, l'avortement, perçu comme une source de blocages, est traité par des consultations de Fâ et des cérémonies spécifiques. Ces cérémonies varient selon la position que l'enfant devrait adopter à son éventuel accouchement ou s'il s'agit d'une grossesse gémellaire ou surtout si l'âme avortée est liée à une divinité « tohossou ». Chez les chrétiens catholiques, des prières et rituels permettent d'obtenir le pardon divin, avec la révélation du sexe et du prénom de l'enfant avorté comme étape de réconciliation spirituelle. Cette convergence de pratiques religieuses vise la réconciliation et l'apaisement des inconvénients liés à la pratique de l'avortement. Ce travail a pour objectif d'analyser des perceptions des acteurs communautaires sur la loi favorisant l'accès à l'avortement sécurisé au Bénin. Cette analyse relève que la réforme provoque des réactions divergentes dans la

communauté locale, bien qu'elle soit considérée par certains comme un progrès notable en matière d'accès équitable aux soins d'avortement sécurisé. Les acteurs qui soutiennent la réforme valorisent ses bénéfices en matière de santé publique, tandis que les opposants expriment des inquiétudes d'ordre religieux et éducatif, notamment concernant la sexualité des jeunes. Ces éléments empiriques ouvrent une réflexion sur les modalités de réception d'une réforme législative au sein d'un espace social régi par des normes et valeurs surtout en matière de santé reproductive. La partie qui suit propose une mise en relation entre les données empiriques et les perspectives issues des travaux scientifiques.

4. Discussion

Les résultats mettent en exergue une faible connaissance des acteurs sur le changement de loi en faveur de l'accès à l'avortement sécurisé, comme plusieurs études conduites en Tanzanie (Frederico et al., 2020), au Mozambique (Cresswell et al., 2016) et en Éthiopie (Asrat et al., 2017 ; Bantie et al., 2020 ; Geleto et Markos, 2015). Cependant, ces différentes études se sont concentrées sur l'analyse des opinions des femmes, contrairement à notre travail qui a pris en compte aussi les opinions des pères de famille et des responsables religieux et communautaires. Au Bénin, une minorité d'acteurs a un bon niveau de connaissance de la réforme touchant l'accès à l'avortement dans la communauté. Il s'agit d'une part des leaders religieux, locaux et communautaires, dont les sources d'information sont les radios et les ONG. Leurs profils favorisant l'accès à une source d'information fiable ont permis d'obtenir des informations sur la loi.

Certains jeunes et parents, principalement informés par le bouche-à-oreille, reçoivent souvent des informations non vérifiées sur la réforme. La méconnaissance des conditions d'accès à l'avortement dans les centres de santé nourrit des rumeurs qui influencent les positions des populations sur les véritables motivations de la réforme. Ce manque d'information accentue les inégalités d'accès à l'information, particulièrement pour les femmes, influençant leur autonomie dans les décisions liées à leur santé reproductive.

La faible représentation des femmes dans les positions clés limite leur accès à l'information essentielle pour leur santé. La prépondérance des hommes à ces postes, perçus comme détenteurs de pouvoir, freine l'autonomie des femmes dans les décisions liées à leur vie reproductive. Ce contrôle masculin, notamment sur l'accès à l'avortement, amplifie le manque d'information et favorise les rumeurs. L'accès à une information juridique fiable tend à encourager, chez les femmes, une attitude plus favorable à l'égard du recours à l'avortement sécurisé (Cresswell et al., 2016). Ces dernières présentent la réforme de la loi sur l'avortement comme une stratégie de contrôle démographique ou de naissances, distorsion alimentée par les récits informels. Même parmi les rares informés, certains parents reçoivent des informations inexacts, brouillant le message officiel des autorités publiques.

Deux positions principales émergent concernant la loi. Les partisans, adoptant une logique pragmatique, mettent en avant l'accès à un avortement sécurisé (Mayack, 2022) pour réduire les risques sanitaires et les décès liés aux avortements clandestins. Une logique fondée sur les expériences, l'évaluation des risques et les bénéfices par rapport aux avortements clandestins et la légitimité des arguments des autorités au détriment des normes socioculturelles et

religieuses. Ils voient cette réforme comme une chance d'assurer un avenir aux jeunes filles et de préserver les investissements des parents. Comme dans le cas de certaines études menées au Burkina (Ouedraogo, 2014), en Zambie (Cresswell et al., 2016) et au Cameroun (Bongfen & Bessem Abanem, 2019 ; Mayack, 2022), la majorité des acteurs n'est pas favorable à la loi. Les opposants, majoritairement des femmes, jeunes et responsables religieux, invoquent des raisons éducatives et spirituelles. Ils craignent que la loi affaiblisse les efforts d'éducation sexuelle et favorise les comportements à risque chez les enfants. Des rumeurs persistent, interprétant la réforme comme une stratégie de contrôle démographique.

Ce travail met en exergue le désarroi des parents face à l'éducation sexuelle des jeunes, estimant que leurs enfants sont mieux informés qu'eux, notamment via les réseaux sociaux dans un contexte marqué par des vulnérabilités socio-économiques favorisant les grossesses non désirées (Akoha et al., 2022 ; APHRC et al., 2022). L'approche éducative des parents repose prioritairement sur l'usage de la peur (H. Cinelli, 2023), en mobilisant les conséquences liées à une de grossesse ou à une tentative d'avortement. Cependant, cette stratégie de dissuasion semble affaiblie par la loi, suscitant une crainte chez les parents. L'accès à l'avortement est perçu comme une menace à leur contrôle sur la sexualité de leurs enfants. Leurs appréhensions sur la question relèvent de ce que Bozon a nommé « panique morale », traduit par une perte d'autorité ressentie par les parents (M. Bozon, 2012), et plus particulièrement par les mères, souvent considérées comme les principales responsables de l'éducation des enfants, en particulier des filles.

Sur le plan spirituel, l'avortement est perçu comme une pratique transgressive aux implications spirituelles profondes (Esia-Donkoh et al., 2015 ; Ouedraogo, 2015). Cette perception fondée sur des expériences et croyances, alimente leur interprétation de la loi et soutient la position défavorable des leaders religieux. Pour eux, une réforme qui faciliterait l'accès à cette pratique pourrait représenter un danger pour l'avenir des jeunes et, par extension, le développement du pays. Par conséquent, cet argument religieux devient un frein à la demande de services liés à l'avortement sécurisé. Face à cela, il est primordial d'intensifier la sensibilisation sur la législation et les pratiques sécurisées afin d'apporter des réponses adaptées à ces préoccupations.

5. Conclusion

Ce travail met en lumière les défis complexes liés à la connaissance et à l'acceptabilité de la loi sur la santé sexuelle et la reproduction, réglementant l'accès à l'avortement sécurisé par les acteurs de la commune de Bohicon au Bénin.

La mise en œuvre de la loi sur l'avortement sécurisé est entravée par des défis de communication. La diffusion et l'adaptation de l'information sont influencées par les normes socioculturelles, qui réduisent l'accès des femmes à l'information et leur autonomie en santé reproductive. Ces dynamiques ont favorisé l'émergence des rumeurs, amplifiées par la prédominance du bouche-à-oreille et le manque de canaux formels de communication. Dans un contexte socioculturel et religieux où l'avortement est perçu comme transgressif, ces obstacles alimentent des interprétations et positions négatives envers la loi.

L'analyse des opinions autour de la loi sur l'avortement sécurisé met en exergue des défis socioculturels et spirituels. L'acceptabilité de la loi s'appuie sur une rationalité pragmatique soutenue par l'expérience, soulignant les bénéfices de l'accès à l'avortement sécurisé, souvent au détriment des normes sociales et religieuses. Cependant, la résistance s'appuie sur des valeurs éducatives et religieuses, exprimant des craintes concernant le contrôle de la sexualité des jeunes et les impacts négatifs possibles sur leur avenir et leur rôle dans le développement du pays.

Face à ces défis, il est crucial de sensibiliser les différents acteurs à la loi en utilisant des stratégies adaptées aux contextes locaux. L'intensification des activités d'éducation et de sensibilisation serait un levier pour l'accès équitable à l'information des acteurs, pour favoriser une meilleure compréhension de la loi et pour transformer les perceptions. Cette approche reste essentielle pour harmoniser les enjeux de santé publique et les valeurs socioculturelles pour le bien-être de la communauté.

Limites de cette recherche : ce travail étant de nature qualitative n'expose que les opinions de quelques acteurs communautaires comme des parents, des jeunes, des responsables locaux et religieux. D'autres investigations sont donc essentielles auprès d'autres acteurs (judiciaires, sanitaires, politiques) afin de mener des analyses comparatives sur les perceptions des acteurs.

Remerciements : Toute notre reconnaissance et gratitude aux participants de cette étude.

Conflits d'intérêt : Les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucun conflit d'intérêt concernant cette publication. Tous les résultats et analyses présentés dans cet article ont été effectués en toute indépendance, sans influence extérieure ou préjugés.

Références :

- Akoha, F., Aka, J., Soussia, T., Tiembre, I., & Ouendo, E. M. D. (2022). Prévalence et facteurs associés aux grossesses en milieu scolaire au Bénin en 2021. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 4(1), Article 1.
- APHRC, Rutgers, & ABPF. (2022). *Expériences de l'avortement au Bénin : Déterminants sociaux et itinéraires de recours dans le département de l'Atlantique*. APHRC. <https://rutgers.international/wp-content/uploads/2022/03/Rapport-Benin-APHRC-ABPF-Rutgers.pdf>
- Bain, L. E., & Kongnyuy, E. J. (2018). Eliminating the high abortion related complications and deaths in Cameroon : The restrictive legal atmosphere on abortions is no acceptable excuse. *BMC Women's Health*, 18(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0564-6>
- Bankole, A., Remez, L., Owolabi, O., Philbin, J., & Williams, P. (2020). *De l'avortement non sécurisé à sécurisé en Afrique subsaharienne : Des progrès lents mais constants*. <https://doi.org/10.1363/2020.32446>
- Bantie, G. M., Aynie, A. A., Assefa, M. K., Kasa, A. S., Kassa, T. B., & Tsegaye, G. W. (2020). Knowledge and attitude of reproductive age group (15-49) women towards Ethiopian current abortion law and associated factors in Bahir Dar city, Ethiopia. *BMC Women's Health*, 20(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00958-y>

- Bongfen, M. C., & Bessem Abanem, E. E. (2019). Abortion practices among women in Buéa : A socio-legal investigation. *Pan African Medical Journal*, 32. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.32.146.17732>
- Bozon, M. (2012). Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable. *Agora débats/jeunesses*, 60(1), 121-134. <https://doi.org/10.3917/agora.060.0121>
- Cinelli, H. (2023). La sexualité au Bénin, parole aux jeunes et aux parents. *Sages-Femmes*, 22(5), 27-29. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2023.06.009>
- CRESSWELL, J., SCHROEDER, R., DENNIS, M., OWOLABI, O., VWALIKA, B., MUSHEKE, M., CAMPBELL, O., & FILIPPI, V. (2016). Women's Knowledge and Attitudes Surrounding Abortion in Zambia: A Cross-Sectional Survey across Three Provinces, *BMJ Open* 6(3), e010076. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010076.
- Esia-Donkoh, K., Darteh, E. K. M., Bleman, H., & Asare, H. (2015). Who Cares? Pre and Post Abortion Experiences among Young Females in Cape Coast Metropolis, Ghana. *African Journal of Reproductive Health*, 19(2), 43-51.
- Frederico, M., Arnaldo, C., Decat, P., Juga, A., Kemigisha, E., Degomme, O., & Michielsen, K. (2020). Induced abortion : A cross-sectional study on knowledge of and attitudes toward the new abortion law in Maputo and Quelimane cities, Mozambique. *BMC Women's Health*, 20, 129. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00988-6>
- Gbaguidi, T. (2017). *Grossesses en milieu scolaire dans l'arrondissement de Tchaourou (Bénin) : Niveau, profil des femmes concernées et conséquences en matière de scolarisation*. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/tchaourou/chapter/grossesses-en-milieu-scolaire-dans-larrondissement-de-tchaourou-benin-niveau-profil-des-femmes-concernees-et-consequences-en-matiere-de-scolarisation/>
- Geleto, A., & Markos, J. (2015). Awareness of female students attending higher educational institutions toward legalization of safe abortion and associated factors, Harari Region, Eastern Ethiopia : A cross sectional study. *Reproductive Health*, 12(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0006-y>
- Haaland, M. E. S., Haukanes, H., Zulu, J. M., Moland, K. M., Michelo, C., Munakampe, M. N., & Blystad, A. (2019). Shaping the abortion policy—Competing discourses on the Zambian termination of pregnancy act. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0908-8>
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, 2018, Enquête démographique et de Santé (EDSB V). Cotonou.
- Josiane Ngo Mayack. (2022). [Women's views on abortion legislation in Yaounde city]. *The Pan African Medical Journal*, 43, 88. <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.43.88.32858>
- Meleko Mara, A., Ayenew, M., Haftu, H., & Aregay, B. (2017). Assessment of Knowledge and Attitudes of Men and Women Aged between 15-49 Years towards Legalization of Induced Abortion in Mizan Aman Town, Bench Maji Zone, South West Ethiopia, 2016. *Journal of Womens Health Care*, 06(03). <https://doi.org/10.4172/2167-0420.1000376>
- Munakampe, M. N., Zulu, J. M., & Michelo, C. (2019). Contraception and abortion knowledge, attitudes and practices among adolescents from low and middle-income countries : A systematic review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 441. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4297-5>

- Ouedraogo, R. (2014). Face à l'avortement : Exigences éthiques et dilemme moral à Ouagadougou (Burkina Faso). *Anthropologie & développement*, 40-41, 123-141. <https://doi.org/10.4000/anthropodev.306>
- Pasquier, E., Owolabi, O. O., Feters, T., Ngbale, R. N., Adame Gbanzi, M. C., Williams, T., Chen, H., Fotheringham, C., Lagrou, D., Schulte-Hillen, C., Powell, B., Baudin, E., Filippi, V., & Benova, L. (2023). High severity of abortion complications in fragile and conflict-affected settings : A cross-sectional study in two referral hospitals in sub-Saharan Africa (AMoCo study). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05427-6>
- Rateau, P., & Lo Monaco, G. (2013). La Théorie des Représentations Sociales : Orientations conceptuelles, champs d'applications et méthodes. *Revista CES Psicología*, 6(1), 21.
- Rominski, S. D., & Lori, J. R. (2014). Abortion care in Ghana : A critical review of the literature. *African Journal of Reproductive Health*, 18(3), 17-35.

© 2025 AMOUSSOU, 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 (2)

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

Received, 14 June 2025

Accepted, 22 October 2025

Published, 30 October 2025

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

To cite: Ekra, D.K. et al. (2025). Facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire, en 2022. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 203-222.

<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.14>

Research

Facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire, en 2022

Factors associated with COVID-19 vaccination in Côte d'Ivoire, in 2022

Daniel Kouadio Ekra^{1,2}, Nicaise Bernadin Lépri Aka^{1,3}, Alfred Douba^{1,2*}, Eric Martial Kouakou Ahoussou^{1,2}, Marie Noelle Ano^{1,2}

¹ Université Félix 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

RESUME

Le premier cas de COVID-19 a été notifié en Côte d'Ivoire le 11 mars 2020. L'objectif de ce travail est d'identifier les facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire en 2022. Nous avons réalisé une enquête transversale incluant les personnes âgées de 12 ans et plus dans 9 districts sanitaires. Les données ont été collectées au cours d'un entretien direct. A l'aide du logiciel SPSS, une régression logistique binaire a été réalisée pour identifier les facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19. La mesure d'association était l'Odds Ratio ajusté (ORaj). Au total, 3 611 personnes ont été enquêtées. La majorité des enquêtés étaient des femmes (53%) et vivaient en couple (55%). La majorité (86%) de la population enquêtée était âgée de 18 à 59 ans. Les principales sources d'information sur la COVID-19 étaient la télévision nationale publique (89,9%) et les médias sociaux (43,9%). Les facteurs associés au statut vaccinal COVID-19 étaient l'absence de vie en couple (ORaj = 1,58 ; IC : 1,37 - 1,83), l'absence d'une maladie chronique (ORaj = 1,41 ; IC : 1,12 - 1,77), le sexe (ORaj = 1,4 ; IC : 1,21 - 1,61), le niveau d'études (ORaj = 1,3 ; IC : 1,07 - 1,57), la religion (ORaj = 0,43 ; IC : 0,37 - 0,50) et l'âge (ORaj = 0,24 ; IC : 0,15 - 0,38). Les autorités sanitaires ivoiriennes devraient tenir compte de ces facteurs pour développer des stratégies de sensibilisation à la vaccination contre la COVID-19.

Mots clé : facteurs, associés, vaccination, COVID-19, Côte d'Ivoire

ABSTRACT

The first case of COVID-19 was reported in Côte d'Ivoire on March 11, 2020. This study aimed to identify the factors associated with COVID-19 vaccination in Côte d'Ivoire in 2022. We conducted a cross-sectional survey including people aged 12 years and older in nine health districts. Data were collected through in-person interviews. Binary logistic regression was

performed using the SPSS software to identify the factors associated with COVID-19 vaccination. The measure of association was the adjusted odds ratio (ajOR). A total of 3,611 individuals were included in the survey. The majority of respondents were women (53%) and lived with their partners (55%). The majority (86%) of the respondents were aged between 18 and 59. The main sources of information about COVID-19 were public national television (89.9%) and social media (43.9%). The factors associated with the COVID-19 vaccination status were the absence of life as a couple (ajOR = 1.58; CI: 1.37 - 1.83), the absence of a chronic disease (ajOR = 1.41; CI: 1.12 - 1.77), sex (ajOR = 1.4; CI: 1.21 - 1.61), level of education (ajOR = 1.3; CI: 1.07 - 1.57), religion (ajOR = 0.43; CI: 0.37-0.50) and age (ajOR = 0.24; CI: 0.15-0.38). Ivorian health authorities should consider these factors when developing COVID-19 vaccination awareness strategies.

Keywords: associated, factors, vaccination, COVID-19, Côte d'Ivoire

1. Introduction

La maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a été notifiée la première fois en décembre 2019 dans la province de Wuhan, en Chine (Wong et al., 2021 ; Mudenda et al., 2022). Le 11 mars 2020, le Directeur Général de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) a déclaré la COVID-19 comme une pandémie (WHO, 2020). Pour réduire l'extension de la COVID-19, l'OMS a recommandé des mesures de prévention notamment le port de masque, la distanciation sociale, le lavage des mains, la désinfection et la mise en quarantaine (McAbee et al., 2021). A ces mesures s'est ajoutée la vaccination lors de l'avènement des vaccins contre la COVID-19 (OMS, 2022a ; OMS, 2022b ; OMS, 2022c ; OMS, 2022d ; OMS, 2022e). La vaccination est reconnue comme une intervention de santé publique efficace pour prévenir des maladies infectieuses (AlShurman et al., 2021 ; Acheampong et al. 2021) et comme une intervention ayant un bon rapport coût-efficacité (Acheampong et al. 2021).

Dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire, qui a notifié son premier cas de cette maladie le 11 mars 2020 (OMS – Bureau pays de la Côte d'Ivoire, 2022a), le pays a adopté un plan national de riposte. Ce plan qui visait la limitation de la propagation du Coronavirus en Côte d'Ivoire, la détection de l'infection et le traitement des malades, comportait entre autres stratégies la vaccination (Ministre du budget et du portefeuille de l'Etat de Côte d'Ivoire, 2020). Avec le développement de nouveaux vaccins, la Côte d'Ivoire a souscrit à l'initiative COVAX et a développé un « Plan National de Déploiement des vaccins et de Vaccination contre la COVID-19 » (Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination, 2021). Le pays a démarré la vaccination le 1^{er} mars 2021, à Abidjan, puis l'offre de vaccination a été déployée progressivement dans l'ensemble des districts sanitaires de la Côte d'Ivoire (Centre d'Information et de Communication Gouvernementale, 2021). En septembre 2021, l'enquête sur l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 réalisée en Côte d'Ivoire, et ayant inclus 3 565 participants, a révélé que seulement 21% des enquêtés ont affirmé avoir été vaccinés contre la COVID-19 (Institut National d'Hygiène Publique, 2021). Cette proportion (21%) est largement inférieure à la couverture vaccinale minimale de 60% nécessaire au développement d'une immunité de groupe contre la COVID-19 dans une population (Acheampong et al. 2021 ; Omar et al. 2021 ; Avahoundje et al., 2022).

Il ressort de la littérature que l'acceptation, l'hésitation et le refus des vaccins contre la COVID-19 sont liés à des facteurs sociodémographiques, aux risques et avantages des vaccins et à la perception que l'on a des vaccins (McAbee et al., 2021 ; AlShurman et al., 2021 ; Avahoundje et al., 2022 ; Engelbrecht et al., 2022 ; Sulub et al. 2022 ; Ahiakpa et al. 2022).

Les études réalisées en Côte d'Ivoire et publiées n'ont pas porté sur les facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19. Ces facteurs peuvent constituer des leviers sur lesquels les autorités sanitaires ivoiriennes pourraient agir pour accroître considérablement la couverture vaccinale. Spécifiquement, le développement de nouvelles stratégies vaccinales ou la mise en œuvre de directives de santé publique en faveur de la vaccination peut favoriser l'atteinte de la couverture minimale nécessaire au développement d'une immunité de groupe.

Ainsi, dans le but d'accroître le niveau d'immunisation des populations, il nous est paru nécessaire de réaliser la présente enquête dont l'objectif général était d'analyser les facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ;
- Identifier les sources d'information sur la COVID-19 ;
- Déterminer les facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19.

La question de recherche qui a guidé ce travail est la suivante : quelles sont les facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire ?

2. Matériel et méthodes

Dans cette section, nous décrivons les outils, techniques et procédures utilisées pour la collecte des données ainsi que les tests statistiques utilisées pour l'analyse de ces données.

2.1. Lieu, type, période et durée de l'enquête

L'enquête a eu lieu dans les villes d'Abidjan et de Bouaké qui sont les deux premières villes les plus peuplées du pays et qui abritent une très grande variété de population (autochtones et allochtones). Les populations d'Abidjan et de Bouaké étaient estimées respectivement à 4 707 404 (20,76%) habitants et à 542 000 (2,39%) habitants en 2022.

Il s'agit d'une enquête transversale à visée analytique. La période de l'enquête est celle allant du 1^{er} mars 2021 au 10 octobre 2022 pour couvrir la période précédant la première enquête de couverture vaccinale COVID-19 (mars à août 2021) et les 12 mois suivant cette première enquête. L'enquête, d'une durée de 2 mois, s'est déroulée du 1^{er} septembre au 31 octobre 2022. Cette durée inclut la rédaction des termes de référence de l'enquête, la production des outils de la collecte des données (note d'information, questionnaire et formulaire de consentement éclairé), la soumission du dossier de l'enquête au comité éthique, la collecte des données qui a duré 10 jours, la saisie, le traitement et l'analyse des données.

2.2. Population de l'enquête, échantillonnage et taille de l'échantillon

La population de l'enquête était constituée des personnes vaccinées ou non vaccinées contre la COVID-19.

- ✓ Critères d'inclusion :

A été inclus dans l'enquête, toute personne :

- âgée d'au moins 12 ans le 1^{er} octobre 2022 ;
- résidant en Côte d'Ivoire depuis au moins 6 mois au 1^{er} octobre 2022.

✓ Critères d'exclusion :

N'a pas été inclus dans l'enquête, toute personne :

- refusant d'y participer ;
- absente du ménage au passage des enquêteurs.

En ce qui concerne l'échantillonnage et la taille de l'échantillon, pour la ville d'Abidjan, une sélection de 6 districts sanitaires sur 10 a été faite par tirage aléatoire simple. Pour la ville de Bouaké, les 3 districts ont été enquêtés.

La formule utilisée pour le calcul de la taille de l'échantillon enquêté dans chaque district sanitaire est la suivante :

$$n = eg \times \frac{\varepsilon_{\alpha}^2}{i^2} \times p(1 - p)$$

Avec

eg : effet de grappe = 1

ε_{α} : Écart réduit de la loi normale au seuil d'erreur de $\alpha = 1,96$

i : La précision de l'estimation = 0,05

p : Le pourcentage d'acceptabilité attendue = 50%

Soit une taille de 384 personnes (vaccinées ou non vaccinées). Cette taille de l'échantillon a été arrondie à 400 personnes (40 grappes de 10 personnes) en appliquant au nombre 384 un taux de non-réponse de 4%.

L'effet grappe 1 et le taux de non-réponse de 4% ont été choisis pour réduire le coût de l'enquête. Il faut noter que l'effet grappe, habituellement fixé à 2, sert à corriger la perte de l'efficacité d'une enquête lorsque celle-ci utilise un échantillonnage en grappe au lieu d'un échantillonnage aléatoire simple.

Ainsi, la taille de l'échantillon était de 3 600 personnes à raison 400 personnes (1 personne par ménage) dans chacun des districts enquêtés (Abobo-Ouest, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Anyama, Cocody-Bingerville, Treichville-Marcory, Yopougon-Est, Bouaké Sud, Bouaké Nord-Est et Bouaké Nord-Ouest).

Après la sélection des districts, nous avons réalisé un sondage en grappe à 2 degrés. Le premier degré a consisté en la sélection des quartiers (sur la base d'un pas de sondage et de la taille des quartiers) et le second degré a consisté la sélection des ménages. Dans chaque grappe, le premier ménage visité a été sélectionné de manière aléatoire en partant du centre géographique de la grappe. Le premier ménage fut identifié de manière aléatoire. Les ménages suivants ont été visités de proche en proche, suivant le sens des aiguilles d'une montre, jusqu'à atteindre le nombre d'enquêtés dans la grappe (10 personnes). Dans chaque ménage, la personne enquêtée était le chef de ménage. En l'absence du chef de ménage, c'est son représentant qui était enquêté. Après l'identification des lieux et de la personne à enquêter par ménage, arrive l'étape de la collecte des données qui constitue une phase importante dans la réalisation d'une enquête.

2.3. Collecte des données, variables de l'étude et analyse des données

Les données ont été collectées au cours d'un entretien direct à l'aide d'un questionnaire papier conçu à cet effet. Un pré-test du questionnaire a été réalisé avant la collecte des données. Ce pré-test a servi à estimer la durée d'un entretien, à apprécier la compréhension des questions et à apporter des corrections au questionnaire le cas échéant.

Concernant les variables, plusieurs types ont été collectés :

- Variables sociodémographiques (âge, sexe, lieu de résidence, niveau d'étude, religion, réseau sociaux) ;
- Expérience avec la COVID-19 (antécédent de la maladie, parent, membre de la famille ou ami ayant eu la maladie ou décédé de la maladie) ;
- Croyance liée à la COVID-19 (croyance à l'existence de la COVID-19, croyance au risque de contracter la COVID-19) ;
- Croyance liée à la vaccination (croyance en la vaccination comme moyen de prévention de maladie) ;
- Application des mesures de prévention (port de masque, distanciation sociale, lavage des mains à l'eau et au savon, friction des mains avec un gel hydro-alcoolique) ;
- Source d'information sur le vaccin COVID-19 (télévision, radio, presse écrite, média sociaux, journaux scientifiques, internet) ;
- Statut vaccinal COVID-19.

Ces variables ont servi de lignes directrices guidant l'analyse des données pour l'atteinte des objectifs de l'enquête. Les données ont été analysées en deux phases à l'aide du logiciel SPSS. La première a consisté à la phase descriptive au cours de laquelle les variables ont été présentées sous forme de proportion. La seconde a consisté à la phase analytique au cours de laquelle un test de Chi Carré d'indépendance (X^2) entre la variable dépendante (statut vaccinal COVID-19) et des variables indépendantes (la connaissance d'une personne testée positive à la COVID-19, la connaissance d'une personne décédée de la COVID-19, le portage d'une maladie chronique, la vie en couple, le niveau d'études, la religion, l'âge et le sexe) a été réalisé. Après le test de Chi Carré d'indépendance, la recherche des facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19 a été réalisée par une régression logistique binaire. La mesure d'association calculée était l'Odds Ratio ajusté (ORaj) avec son intervalle de confiance (IC) à 95% (IC 95%) et un degré de significativité $p < 0,05$. L'Odds Ratio ajusté mesure la force de l'association entre la variable dépendante et les variables indépendantes tout en contrôlant les biais (erreurs) causés par les variables indépendantes.

2.4. Considérations éthiques et confidentialité

L'enquête a été réalisée conformément aux règles éthiques relatives aux enquêtes impliquant des êtres humains en vigueur en Côte d'Ivoire. Une autorisation du comité d'éthique a été obtenue avant la collecte des données. En plus, un consentement éclairé a été obtenu de chaque enquêté avant l'administration du questionnaire qui était anonyme. Le but de l'enquête a été expliqué à toutes les personnes sélectionnées pour y participer. L'on a précisé à chaque enquêté que sa participation était volontaire et qu'il était libre de se retirer, sans justification, de

l'enquête à tout moment, et que cela n'aurait pas de conséquences et n'affecterait pas ses responsabilités professionnelles.

L'enquête a été réalisée dans le strict respect des mesures de prévention contre la COVID-19 en vigueur en Côte d'Ivoire. Tous les enquêteurs portaient un masque homologué et observaient la distanciation sociale d'au moins 1 mètre lors de l'administration du questionnaire. Cette enquête a comporté un risque minime pour les enquêtés puisque les enquêteurs observaient les mesures de prévention de la COVID-19. Le principal avantage était indirect : les données collectées ont contribué à orienter les efforts visant à protéger la population contre la COVID-19.

En ce qui concerne la confidentialité, des informations concernant les enquêtés ont été maintenues confidentielles tout au long de l'enquête. Chaque enquêté s'est vu attribuer un numéro unique spécifique à l'étude, par l'équipe de coordination de l'enquête, qui a été utilisé pour l'identification de son questionnaire.

3. Résultats

3.1. Résultats descriptifs

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Tableau 1 : répartition des enquêtés selon le district sanitaire, Côte d'Ivoire, 2022

Région	District	Effectif	Pourcentage
Abidjan 1	Abobo Ouest	384	10,63
	Anyama	60	01,66
	Yopougon Est	430	11,91
Abidjan 2	Adjamé-Plateau-Attécoubé	612	16,95
	Cocody-Bingerville	510	14,12
	Treichville-Marcory	412	11,41
Gbêkê	Bouaké Nord-Est	431	11,94
	Bouaké Nord-Ouest	350	09,69
	Bouaké Sud	422	11,69
Total		3611	100

Source : conçu à partir des données de l'enquête

Au total, 3 611 personnes ont été enquêtées dans 9 districts sanitaires dont 6 à Abidjan et 3 à Bouaké.

Tableau 2 : répartition des enquêtés selon les variables sociodémographiques

Variable	Effectif	Pourcentage
Sexe		
Masculin	1692	47
Féminin	1919	53
Tranches d'âge		
12-17 ans	161	04
18-59 ans	3138	87

≥ 60 ans	312	09
Niveau d'étude		
Aucun	785	22
Primaire	866	24
Secondaire	1257	35
Supérieur	703	19
Religion		
Chrétienne	1715	48
Musulmane	1706	47
Sans religion	190	05
Vie en couple		
Oui	1981	55
Non	1630	45
Antécédent de test COVID-19 positif		
Oui	105	03
Non	3506	97
Connaissance d'une personne testée positive à la COVID-19		
Oui	538	15
Non	3073	85
Lien avec une personne testée positive à la COVID-19		
Ami	206	38,29
Parent	174	32,34
Connaissance	136	25,28
Epoux	14	2,60
Enfant	8	1,49
Connaissance d'une personne décédée de la COVID-19		
Oui	259	07
Non	3352	93
Lien avec une personne décédée de la COVID-19		
Parent	93	36
Connaissance	89	34
Ami	72	28
Enfant	4	1,6
Epoux/Epouse	1	0,4
Portage d'une maladie chronique		
Oui	424	12
Non	3187	88
Type de maladie chronique		
Hypertension artérielle	229	50,0
Asthme	105	23,0
Diabète	72	15,8
Allergie	29	06,4
Bronchopneumopathie	12	02,6
Cardiopathie	07	02,0
Insuffisance rénale	01	00,2
Statut vaccinal COVID-19		
Vacciné	1781	49
Non vacciné	1830	51

Source : conçu à partir des données de l'enquête

Cinquante-trois pourcent (53% ; 1919) des enquêtés étaient de sexe féminin ; 55 % (1630) vivaient en couple. Les personnes âgées de 12 à 17 ans, 18 à 59 ans et de 60 ans et plus représentaient respectivement 4% (161), 87% (3138) et 9% (312) des enquêtés. La majorité des enquêtés avait un niveau secondaire (35% ; 1257) suivi de ceux des niveaux primaire (24% ; 866), aucun (22% ; 785) et supérieur (19% ; 703). Les enquêtés étaient de religion chrétienne (48% ; 1715), musulmane (47% ; 1706) et sans religion (5% ; 190). Trois pourcent (3% ; 105) des enquêtés ont rapporté avoir reçu un diagnostic positif à la COVID-19 confirmé par un test PCR. Parmi les enquêtés, 15% (538) connaissaient une personne testée positive à la COVID-19. Les liens qui les unissaient aux personnes testées positives à la COVID-19 étaient des liens d'amitié (38% ; 206), de parenté (32,34% ; 174), de connaissance (25,28% ; 136), conjugaux (époux, épouse) (2,6% ; 14) et génitaux (enfant) (1,49% ; 8). Parmi les enquêtés, 7% (259) connaissaient une personne décédée de la COVID-19. Les liens qui les unissaient aux personnes décédées de la COVID-19 étaient des liens de parenté (36% ; 93), de connaissance (34% ; 89), d'amitié (28% ; 72), génitaux (enfant) (1,6% ; 4) et conjugaux (époux) (0,4% ; 1). Au total, 11,7% (424) des enquêtés ont déclaré avoir une maladie chronique. Les maladies chroniques déclarées par les enquêtés étaient l'hypertension artérielle (50 % ; 229), l'asthme (23 % ; 105), le diabète (15,8 % ; 72), l'allergie (6,4 % ; 29), la bronchopneumopathie (2,6 % ; 12), une cardiopathie (2 % ; 7) et une insuffisance rénale (0,2 % ; 1).

La majorité des enquêtés (94% ; 3395) a déclaré qu'un vaccin pouvait protéger contre une maladie. Environ la moitié des enquêtés (49% ; 1781) a déclaré avoir été vacciné contre la COVID-19. Parmi ceux-ci, 27% (965) ont montré la preuve de la vaccination (carte ou passe vaccinal). Le port de masque, le lavage des mains à l'eau et au savon, l'utilisation du gel hydro-alcoolique et la distanciation physique d'au moins 1 mètre étaient pratiqués par les enquêtés dans des proportions respectives de 67,3% (2431), 63,7% (2300), 61% (2202) et 16,4% (593). Après avoir examiné les caractéristiques des enquêtés, nous avons analysé leurs sources d'information sur la COVID-19, comme présenté ci-dessous.

3.1.2. Sources d'information sur la COVID-19

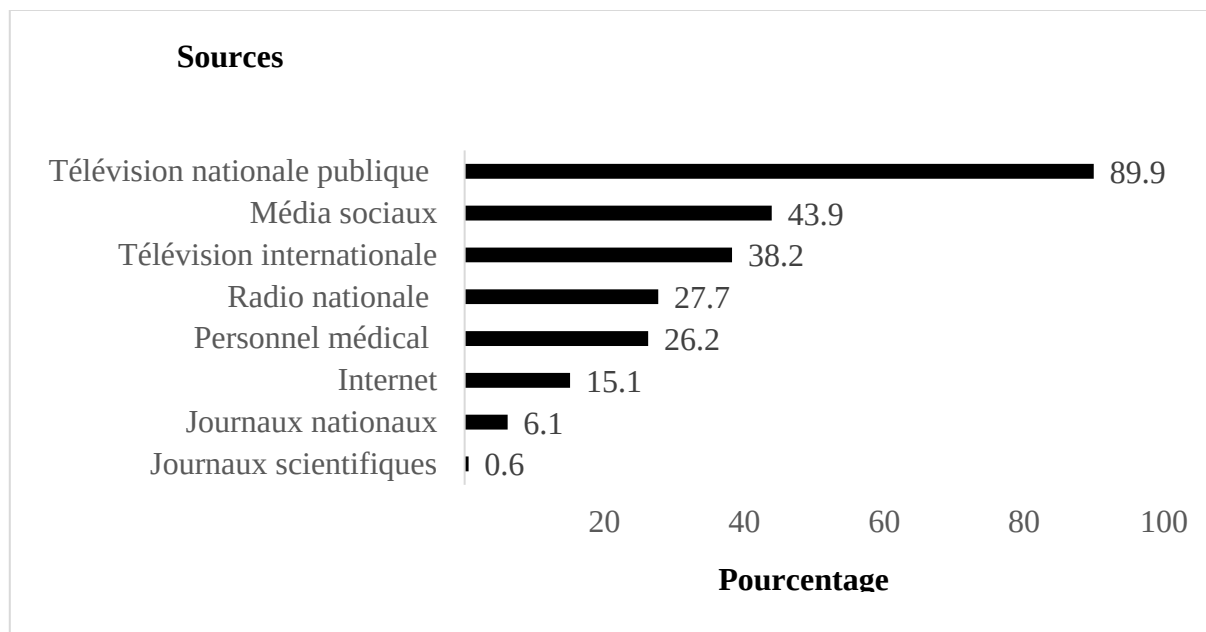


Figure 1 : répartition des enquêtés selon les sources d'information sur la COVID-19, Côte d'Ivoire, 2022

Source : conçue à partir des données de l'enquête N = 3611

Les sources d'information des enquêtés sur la COVID-19 étaient la télévision nationale publique (89,9% ; 3247), les médias sociaux (43,9% ; 1585), la télévision internationale (38,2% ; 1380), la radio nationale (27,7% ; 999), le personnel médical (26,2% ; 947), Internet (15,1% ; 544), les journaux nationaux (6,1% ; 222) et les journaux scientifiques (0,6% ; 20).

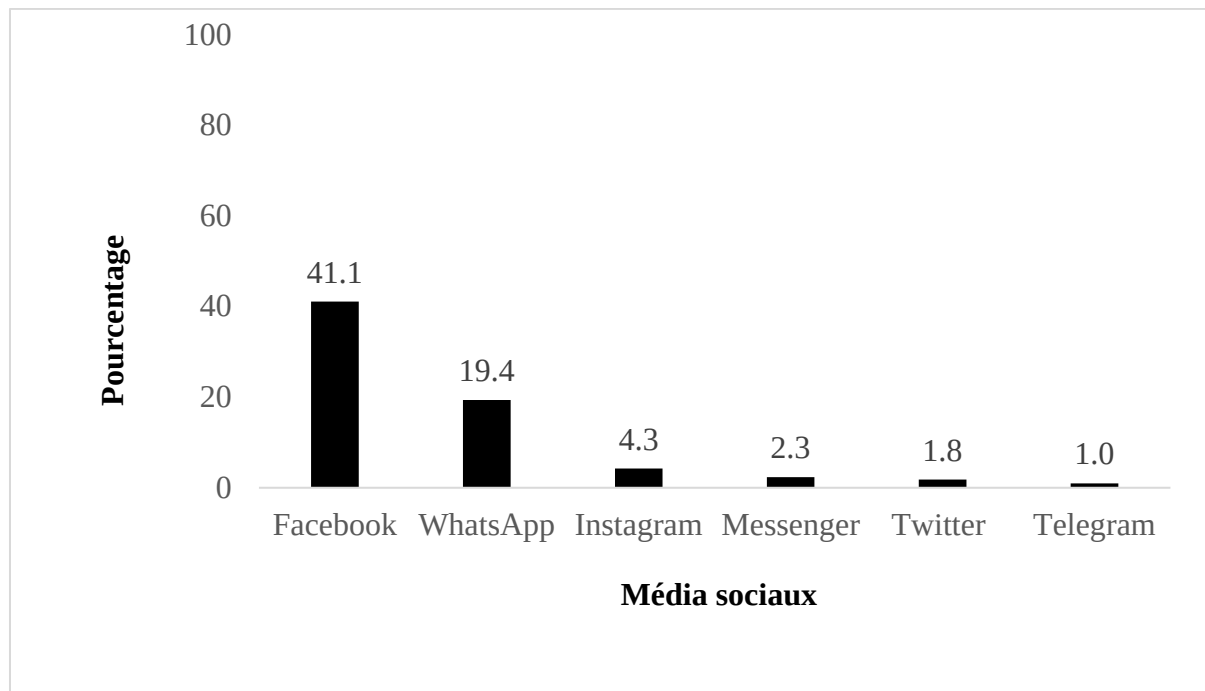


Figure 2 : répartition des enquêtés selon les médias sociaux sources d'information sur la COVID-19, Côte d'Ivoire, 2022

Source : conçue à partir des données de l'enquête N = 3611

Les médias sociaux utilisés par les enquêtés comme sources d'information sur la COVID-19 étaient Facebook (41,1% ; 1495), WhatsApp (19,4% ; 700), Instagram (4,3% ; 154), Messenger (2,3% ; 84), Twitter (1,8% ; 66) et Telegram (1% ; 35).

À la suite de la phase descriptive des résultats, dans laquelle nous avons présenté les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et leurs sources d'information sur la COVID-19, nous arrivons à la phase analytique dans laquelle nous avons identifié les facteurs associés au statut vaccinal contre la COVID-19.

3.2. Résultats analytiques

3.2.1. Facteurs associés au statut vaccinal COVID-19

Tableau 3 : Chi carré du statut vaccinal COVID-19 selon les variables indépendantes sélectionnées, Côte d'Ivoire, 2022

Variables indépendantes	Total	Vaccination contre la COVID-19		X ²	p
		Oui N (%)	Non N (%)		

Religion					
Chrétienne		670 (39)	1045 (61)		
Musulmane	3611	1025 (60)	681 (40)	152,43	0,0001
Sans religion		86 (45)	104 (55)		
Age					
12 à 17 ans		25 (16)	136 (84)		
18 à 59 ans	3611	1538 (49)	1600 (51)	126,39	0,0001
60 ans et +		218 (70)	94 (30)		
Vie en couple					
Oui		1129 (57)	852 (43)		
Non	3611	652 (40)	978 (60)	103,28	0,0001
Niveau d'études					
Aucun		453 (58)	332 (42)		
Primaire		439 (51)	427 (49)		
Secondaire	3611	548 (44)	709 (56)	39,40	0,0001
Supérieur		341 (49)	362 (51)		
Portage d'une maladie chronique					
Oui		254 (60)	170 (40)		
Non	3611	1527 (48)	1660 (52)	21,53	0,0001
Sexe					
Masculin		900 (53)	792 (47)		
Féminin	3611	881 (46)	1038 (54)	19,07	0,0001
Connaissance d'une personne décédée de la COVID-19					
Oui		145 (56)	114 (44)		
Non	3611	1636 (49)	1716 (51)	4,96	0,03
Connaissance d'une personne testée positive à la COVID-19					
Oui		289 (54)	249 (46)		
Non	3611	1492 (49)	1581 (51)	4,89	0,03

Source : conçu à partir des données de l'enquête

Il y avait une relation entre le statut vaccinal contre la COVID-19 et la religion, l'âge, la vie en couple, le niveau d'études, le portage d'une maladie chronique, le sexe, la connaissance d'une personne décédée de la COVID-19 et la connaissance d'une personne testée positive à la COVID-19.

Tableau 4 : Odds Ratio ajusté du statut vaccinal de la COVID-19, Côte d'Ivoire, 2022

Variables indépendantes	Vaccination contre la COVID-19		
	ORaj	IC 95%	p
Vie en couple			
Oui	1		
Non	1,58	1,37 - 1,83	0,0001***

Portage d'une maladie chronique				
Oui	1			
Non	1,41	1,12 - 1,77	0,003**	
Sexe				
Masculin	1			
Féminin	1,4	1,21 - 1,61	0,0001***	
Niveau d'études				
Aucun	1			
Primaire	1,18	0,96 - 1,45	0,11	
Secondaire	1,30	1,07 - 1,57	0,009*	
Supérieur	1,03	0,82 - 1,30	0,78	
Connaissance d'une personne testée positive à la COVID-19				
Oui	1			
Non	1,22	0,98 - 1,52	0,07	
Connaissance d'une personne décédée de la COVID-19				
Oui	1			
Non	1,22	0,90 - 1,64	0,19	
Religion				
Chrétienne	1			
Musulmane	0,43	0,37 - 0,50	0,0001***	
Sans religion	0,89	0,65 - 1,22	0,46	
Age				
12 à 17 ans	1			
18 à 59 ans	0,24	0,15 - 0,38	0,0001***	
60 ans et +	0,12	0,07 - 0,19	0,0001***	
*p < 0,05, **p < 0,005, ***p < 0,0001				

Source : conçu à partir des données de l'enquête

Les facteurs associés au statut vaccinal COVID-19 étaient l'absence de vie en couple (ORaj = 1,58 ; IC : 1,37 - 1,83), l'absence d'une maladie chronique (ORaj = 1,41 ; IC : 1,12 - 1,77), le sexe (ORaj = 1,4 ; IC : 1,21 - 1,61), le niveau d'études (ORaj = 1,3 ; IC : 1,07 - 1,57), la religion (ORaj = 0,43 ; IC : 0,37 - 0,50) et l'âge (ORaj = 0,24 ; IC : 0,15 - 0,38).

4. Discussion

Dans cette section, nous discuterons successivement les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, leurs sources d'information sur la COVID-19 et les facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Cinquante-trois pourcent (53%) des enquêtés étaient de sexe féminin. Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par l'absence, en majorité, des chefs de famille de sexe masculin

pour des raisons professionnelles lors du passage des enquêteurs dans les ménages, bien que la population soit composée en majorité d'hommes en Côte d'Ivoire (Centre d'Information et de Communication Gouvernementale ; 2022).

En ce qui concerne l'âge, les personnes âgées de 18 à 59 ans représentaient 87% des enquêtés. La prédominance de cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par l'âge de la majorité en Côte d'Ivoire qui est de 18 ans (République de Côte d'Ivoire, 2019). Une personne âgée de 18 ans au moins peut donc prendre des décisions y compris celle de fonder un ménage.

Quant à la religion, les enquêtés étaient, pour la plupart, soit de religion chrétienne (48%) soit de religion musulmane (47%). 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 ; 2022).

4.2. Sources d'information sur la COVID-19

Les sources d'information des enquêtés sur la COVID-19 étaient principalement la télévision nationale publique (89,9%), les médias sociaux (43,9%), la télévision internationale (38,2%), la radio nationale (27,7%) et le personnel médical (26,2%).

De nombreuses études portant sur les sources d'informations relatives aux vaccins contre la COVID-19 mentionnaient la télévision et les médias sociaux comme des sources fréquentes d'information (Adedeji-Adenola et al., 2022 ; Osur et al., 2022 ; Osuagwu et al., 2023 ; Zhou et al. 2022). Bien que les informations télévisées puissent être sélectionnées pour éviter la désinformation, les médias sociaux ne le sont généralement pas, ce qui en fait un canal privilégié pour les mouvements anti-vaccinaux propageant des informations erronées sur les vaccins COVID-19 (Terry et al., 2022). Une analyse des médias sociaux a identifié que 39% des rumeurs en ligne concernant la pandémie de COVID-19 étaient relatives aux vaccins COVID-19, avec 76% de telles rumeurs signalées comme fausses (Terry et al., 2022). Les médias sociaux influençaient la décision de se faire vacciner ou non contre la COVID-19. L'exposition, à travers les médias sociaux, à des informations motivant à la vaccination favoriseraient les personnes exposées à se faire vacciner. Par contre, la désinformation induirait l'hésitation ou le refus de la vaccination (Zhou et al. 2022). L'ampleur de la désinformation sur les vaccins contre la COVID-19 présente sur les médias sociaux peut inciter les utilisateurs à hésiter ou à refuser la vaccination car ces derniers ont tendance à privilégier les médias sociaux comme source d'information principale sur les vaccins contre la COVID-19 (Osuagwu et al., 2023 ; Dereje et al., 2022 ; Shaaban, 2022).

De septembre 2021 à septembre 2022 des campagnes de vaccination contre la COVID-19 ont eu lieu en Côte d'Ivoire ainsi que des activités de sensibilisation liées à cette vaccination (Centre d'Information et de Communication Gouvernementale, 2021 ; OMS, 2022f ; OMS – Bureau pays de la Côte d'Ivoire, 2022b). Afin de contrer l'influence des médias sociaux sur la décision de vaccination contre la COVID-19, les autorités sanitaires ivoiriennes devraient intensifier la diffusion d'informations relatives à la vaccination sur les médias sociaux.

4.3. Facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19

Notre étude révèle que les facteurs tels que le statut marital, l'absence d'une maladie chronique, le sexe, le niveau d'éducation, la religion et l'âge sont associés à la vaccination contre la COVID-19.

En ce qui concerne le statut marital, il ressort de notre étude une association entre le statut vaccinal de la COVID-19 et l'absence de vie en couple (le célibat). Ce constat est corroboré par une étude menée en Ouganda où il a été mis en évidence une association entre le statut de célibataire et l'intention de recevoir le vaccin contre la COVID-19 (Wake, 2021). L'association entre le célibat et la vaccination COVID-19 pourrait s'expliquer par deux raisons. Premièrement, pour une raison financière. En effet, le coût de la vaccination COVID-19 (26 à 75 \$US soit 14 000 à 42 000 FCFA ; 1 \$US = 560 FCA) (Reddy et al., 2021) est inférieur à celui de la prise en charge quotidienne dans une unité de soins intensifs (665 à 1172 \$US soit 372 400 à 656 320 FCFA) (Jo et al., 2021). Dans le cas de la COVID-19, la vaccination était gratuite pour la population. Ainsi, une personne célibataire, ayant une seule source de revenu, serait plus encline à se faire vacciner pour prévenir la maladie (AlBahrani, 2023) afin d'éviter les coûts de prise en charge de cette maladie. Deuxièmement, pour l'absence de soutien en cas de la maladie. En effet, la COVID-19 se manifeste par divers signes y compris la fièvre, des difficultés respiratoires et la fatigue (Chung et al., 2024 ; Chen et al. 2023). Ces signes peuvent entraîner chez le malade une incapacité à réaliser certaines activités notamment aller au travail, aller à l'hôpital et faire des activités ménagères. Ainsi, une personne célibataire, vivant seule, aurait plus tendance à prévenir la maladie par la vaccination afin d'éviter l'incapacité due à la maladie.

Quant aux maladies chroniques, les résultats de notre étude indiquaient que les individus déclarant ne pas être atteints d'une maladie chronique avaient une propension à se faire vacciner comparativement à ceux déclarant en être affectés. Les résultats de l'étude de Strupat et al. (2022), réalisée en Ethiopie, ont également révélé qu'il n'y avait pas d'association entre la présence d'une maladie chronique et la volonté de se faire vacciner contre la COVID-19. Bien qu'une maladie chronique soit un facteur de risque gravité et de décès de la COVID-19 (Chung et al., 2024), la faible tendance à se faire vacciner des personnes vivant avec une maladie chronique pourrait s'expliquer par la peur des effets indésirables. En effet, la maladie chronique étant un fardeau, les effets indésirables seraient pour ces personnes un second fardeau à éviter par le refus de la vaccination.

Concernant le sexe, notre étude ainsi qu'une étude menée en Ouganda ont rapporté que les femmes étaient plus enclines à se faire vacciner contre la COVID-19 (Wake, 2021). Par contre, d'autres auteurs ont trouvé que c'est le sexe masculin qui était associé à la volonté de se faire vacciner contre la COVID-19 (Azanaw et al, 2023 ; Gudayu et al., 2023 ; Joshi et al., 2021 ; Bono et al., 2021 ; Alemayehu et al., 2022). L'association entre le sexe et l'acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19 est variable avec plus d'études mentionnant l'acceptabilité masculine (Bono et al., 2021). Les raisons de l'hésitation ou du refus de la vaccination contre la COVID-19 différaient selon le genre. Les résultats de cette étude indiquaient que les hommes sont plus susceptibles d'être hésitants ou de refuser la vaccination en raison de la faible efficacité présumée des vaccins. Les femmes, quant à elles, ont exprimé une certaine réticence en raison de la crainte des effets secondaires et de la propagation de rumeurs concernant la stérilité éventuelle liée aux vaccins (Bono et al., 2021).

Pour ce qui est du niveau d'étude, nos résultats montrent une association entre le niveau d'études, particulièrement le niveau secondaire, et la vaccination COVID-19. Ce résultat est en accord avec des recherches précédentes qui ont identifiées le niveau d'études comme un facteur significatif lié à l'acceptation du vaccin contre la COVID-19 (Cheuyem et al., 2025 ; AlShurman et al., 2021 ; Terry, 2022 ; Joshi et al., 2021 ; Wake, 2021 ; Bono et al., 2021 ; Wake, 2022). En effet, l'éducation est une puissante stratégie de diffusion d'informations relative à la santé des individus. Le niveau d'éducation favorise la compréhension générale et influence la prise de décision relative l'adoption des interventions de santé y compris la vaccination (Wake, 2021). L'augmentation des connaissances sur la COVID-19 serait donc un moyen efficace d'accroître l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 selon Bono et collaborateurs (2021).

En ce qui concerne la religion, elle était significativement associée à la vaccination contre la COVID-19 dans notre étude. Cette observation est cohérente avec les résultats d'une revue systématique menée par AlShurman et collaborateurs qui ont également rapporté une association entre la religion et la vaccination contre la COVID-19 (AlShurman et al., 2021), de même que Mbousou et collaborateurs (2022). Dans notre étude, les enquêtés de religion musulmane avaient une tendance réduite de 57% à se faire vacciner contre la COVID-19 comparativement aux chrétiens. Ce constat a aussi été fait à Douala, au Cameroun, par Fouda et collaborateurs (2023). Cette tendance réduite s'expliquerait par des rumeurs de présence de gélatine de porc dans les vaccins COVID-19, bien que la religion musulmane ne s'oppose pas la vaccination (Alsuwaidi et al., 2023). Il convient donc de souligner qu'il n'y a pas de gélatine de porc dans les vaccin COVID-19 approuvés par l'OMS (AstraZeneca, Johnson & Johnson, Moderna, Pfizer, Sinopharm et Sinovac) (Mardian et al., 2021).

Quant à l'âge, il était significativement associé à la vaccination contre la COVID-19 dans notre étude. En effet, les personnes âgées de 18 ans et plus avaient une tendance réduite à se faire vacciner comparativement à ceux dont l'âge variait de 12 à 17 ans. Des études antérieures avaient aussi identifié l'âge comme un facteur sociodémographique associé à l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 (Cheuyem et al., 2025 ; AlShurman et al., 2021 ; Wake, 2021 ; Wake, 2022). Il convient de souligner que les résultats sont hétérogènes d'une étude à l'autre. En effet, si certains travaux indiquent une propension plus élevée chez les jeunes à se faire vacciner contre la COVID-19, d'autres montrent que les adultes et les personnes âgées sont plus enclins à accepter cette vaccination (AlShurman et al., 2021 ; Wake, 2021 ; Wake, 2022). Cette variabilité, selon l'âge, dans la tendance à se faire vacciner contre la COVID-19 serait la résultante de plusieurs facteurs notamment la perception de la vaccination comme un moyen de prévention de la maladie, les effets indésirables des vaccins et les rumeurs (inexistence de la maladie, inefficacité des vaccins).

Les résultats de notre étude doivent être utilisés en tenant compte des limites qu'elle comporte. Premièrement, les enquêtés étaient les chefs de ménages ou leurs représentants. Leur état vaccinal relatif à la COVID-19 peut être différent de celui des autres membres du ménage. Cette limite pourrait affecter la généralisation des résultats à l'ensemble de la population, y compris les personnes plus jeunes ou d'autres membres du ménage.

Secondairement, pour la majorité des enquêtés, le statut vaccinal était basé sur la l'auto-déclaration. La couverture vaccinale pourrait donc être surestimée si ceux qui n'ont pas montré la preuve de leur vaccination ont fait une déclaration erronée dans le sens de la surdéclaration. Troisièmement, dans chaque grappe, le premier ménage visité a été sélectionné de manière aléatoire en partant du centre géographique de la grappe. Les ménages suivants ont été visités de proche en proche, suivant le sens des aiguilles d'une montre, jusqu'à atteindre le nombre d'enquêtés dans la grappe. Cette méthode pourrait induire un biais de sélection favorisant l'inclusion des ménages localisés au centre géographique de la grappe.

4.4. Implications de santé publique :

Les implications de santé publique émanant de la présente étude sont les suivantes :

Premièrement, il est nécessaire d'adapter les messages de sensibilisation au niveau d'étude des cibles de cette sensibilisation. Deuxièmement, ce travail révèle l'importance d'impliquer les guides religieux dans la sensibilisation de la population à la vaccination contre la COVID-19. Enfin, les efforts de sensibilisation à la vaccination contre la COVID-19 doivent être orientés vers les hommes.

De manière pratique, le ministère de la santé pourrait collaborer avec d'autres ministères pour intensifier la sensibilisation à la vaccination.

- La collaboration avec le Ministère des Sports pourrait se traduire par la diffusion de messages de sensibilisation à la vaccination COVID-19 avant et pendant les événements sportifs pour une grande sensibilisation des hommes.
- Quant à la collaboration avec le Ministère de l'Éducation Nationale et le Ministère de l'Enseignement Supérieure et de la Recherche Scientifique, elle pourrait se manifester par la diffusion de messages de sensibilisation, à l'endroit des élèves et étudiants, à travers les enseignants des collèges, lycées et universités. Des affiches pourraient aussi être mises dans ces lieux.
- En ce qui concerne la coopération du Ministère des Cultes, elle pourrait se traduire par des messages transmis aux fidèles dans les lieux de cultes par les leaders religieux.
- La contribution du Ministère de la Fonction Publique pourrait se concrétiser par la présence d'affiches à l'entrée de chaque banque, pharmacie et structure publique.

5. Conclusion

L'acceptation de la vaccination étaient associée à l'absence de vie en couple, l'absence d'une maladie chronique, le sexe, le niveau d'études secondaire, la religion et l'âge. Les autorités sanitaires ivoiriennes devraient tenir compte de ces facteurs pour développer des stratégies de sensibilisation afin d'atteindre une acceptation optimale de la vaccination contre la COVID-19 par les populations. En raison du caractère dynamique de la pandémie et de l'impact potentiel des campagnes de sensibilisation et de vaccination, des recherches continues sont nécessaires pour analyser les perceptions et comportements relatifs à la vaccination contre la COVID-19. Ces recherches devraient inclure aussi bien les milieux urbains que ruraux et estimer les couvertures vaccinales sur la base des certificats de vaccination.

Conflit d'intérêts

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

Références bibliographiques

- Acheampong, T., Akorsikumah, A.E., Osae-Kwapong, J., Khalid, M., Appiah, A., & Amuasi, H.J., (2021). Examining vaccine hesitancy in Sub-Saharan Africa: A survey of the knowledge and attitudes among adults to receive COVID-19 vaccines in Ghana. *Vaccines*, 9(8):814. doi: 10.3390/vaccines9080814
- Adedeji-Adenola, H., Olugbake, A.O., & Adeosun, A.S., (2022). Factors influencing COVID-19 vaccine uptake among adults in Nigeria. *PLoS ONE*, 17(2):e0264371. doi: 10.1371/journal.pone.0264371
- Ahiakpa, K.J., Cosmas, T.N., Anyiam, E.F., Enalume, O.K., Lawan, I., Gabriel, B.I. & Doherty, F.V., (2022). COVID-19 vaccines uptake: Public knowledge, awareness, perception and acceptance among adult Africans. *PLoS ONE*, 17(6):e0268230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268230>
- AlBahrani, S., AlBarrak, A., AlGubaisi, N., Alkurdi, H., Alburaiqi, D., AlGhamdi, A., & Al-Tawfid, J.A., (2023). Self-reported long COVID-19 symptoms are rare among vaccinated healthcare workers. *Journal of Infection and Public Health*, 16, 1276–1280. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2023.05.037>
- Alemayehu, A., Demissie, A., Yusuf, M., Lencha, G.A., & Oljira, L., (2022). Covid-19 vaccine acceptance and determinant factors among general public in East Africa: A systematic review and meta-analysis. *Health Serv Res Manag Epidemiol.*, 9:23333928221106269. doi: 10.1177/23333928221106269
- AlShurman, B.A., Khan, A.F., Mac, C., Majeed, M., & Butt, Z.A., (2021). What demographic, social, and contextual factors influence the intention to use COVID-19 vaccines: A scoping review. *Int J Environ Res Public Health*, 18(17):9342. doi: 10.3390/ijerph18179342
- Alsuwaidi, A.R., Hammadb, H.A.A.K., Elbarazi, I., & Sheek-Hussein, M., (2023). Vaccine hesitancy within the Muslim community: Islamic faith and public health perspectives. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 2023, 19 (1); 2190716
- Avahoundje, M.E., Dossou, J.P., Vigan, A., Gaye, I., Agossou, C., Boyi, C., & Ridde, V., (2022). Factors associated with COVID-19 vaccine intention in Benin in 2021: A cross-sectional study. *Vaccine*, 12: 100237. doi: 10.1016/j.jvacx.2022.100237
- Azanaw, J., Endalew, M., Zenbaba, D., Abera, E., & Chattu, V.K., (2023). COVID vaccine acceptance and associated factors in African countries: A systematic review and meta-analysis. *Front. Public Health* 10:1001423. doi: 10.3389/fpubh.2022.1001423
- Bono, S.A., Villela, F.M.E., Siau, S.C., Chen, S.W., Pengpid, S., Hasan, T.M., & Colebunders, R., (2021). Factors affecting COVID-19 vaccine acceptance: An international survey among low-and middle-income countries. *Vaccines*, 9(5):515. doi: 10.3390/vaccines9050515
- Centre d'Information et de Communication Gouvernementale, (2021). Vaccination contre la covid-19 : la première phase prévue du 1er au 10 mars 2021. Consulté le 22 août 2022. Récupéré à partir de l'adresse web https://www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=12029&d=6
- Centre d'Information et de Communication Gouvernementale, (2022). Résultats globaux définitifs du RGPH 2021 : la population vivant habituellement sur le territoire ivoirien

- se chiffre à 29 389 150 habitants. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web https://www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=13769
- Chen, K.F., Feng, T.W., Wu, C.C., Yunusa, I., Liu, S.H., Yeh, C.F., & Pekosz, A., (2023). Diagnostic accuracy of clinical signs and symptoms of COVID-19: A systematic review and meta-analysis to investigate the different estimates in a different stage of the pandemic outbreak. *J Glob Health*, 13:06026. doi: 10.7189/jogh.13.06026
- Cheuyem, F.Z.L., Amani,A., Achangwa,C., Ajong, B.N., Minkandi,C.A., Zeh,M.M.M.K., & Danwang, C., (2025). COVID- 19 vaccine uptake and its determinants in Cameroon: a systematic review and meta-analysis (2021–2024). *BMC Infectious Diseases*, 25:525. <https://doi.org/10.1186/s12879-025-10946-y>
- Chung, Y.S., Lam, C.Y., Tan, P.H., Tsang, H.F., & Wong, S.C.C., (2024). Comprehensive Review of COVID-19: Epidemiology, Pathogenesis, Advancement in Diagnostic and Detection Techniques, and Post-Pandemic Treatment Strategies. *Int. J. Mol. Sci.*, 25, 8155. <https://doi.org/10.3390/ijms25158155>
- Dereje, N., Tesfaye, A., Tamene, B., Alemeshet, D., Abe, H., Tesfa, N., & Lakew, Y., (2022). COVID-19 vaccine hesitancy in Addis Ababa, Ethiopia: a mixed-method study. *BMJ Open*, 12:e052432. doi: 10.1136/bmjopen-2021-052432
- Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination, (2021). Plan national de déploiement des vaccins et de vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire. Abidjan (Côte d'Ivoire) ; 85 p.
- Engelbrecht, M.C., Kigozi, N.G., & Heunis, J.C., (2022). Factors associated with limited vaccine literacy: lessons learnt from COVID-19. *Vaccines*, 10(6):865. doi: 10.3390/vaccines10060865
- Fouda, A.A.B., Kengne, V.F.M., Adiogo, D., & Owona Manga, L.J.O., (2023). Refus et hésitation vis-à-vis de la vaccination anti COVID-19 à Douala, Cameroun. *Pan African Medical Journal*, 48(61). 10.11604/pamj.2024.48.61.39880
- Gudayu, T.W., & Mengistie, H.T., (2023). COVID-19 vaccine acceptance in sub-Saharan African countries: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, 9 (2) : e13037. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13037>
- Institut National d'Hygiène Publique, (2021). Enquête d'acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19 dans la population générale en Côte d'Ivoire. Abidjan (Côte d'Ivoire) ; Rapport final, 42p
- Jo,Y., Jamieson,L., Edoka,I., Long,L., Silal,S., Pulliam, J.R.C., & Nichols, B., (2021). Cost-effectiveness of Remdesivir and Dexamethasone for COVID-19 Treatment in South Africa. *Open Forum Infect Dis*, 8(3):ofab040. doi: 10.1093/ofid/ofab040
- Joshi, A., Kaur, M., Kaur, R., Grover, A., Nash, D., & El-Mohandes, A., (2021). Predictors of COVID-19 vaccine acceptance, intention, and hesitancy: A scoping review. *Front Public Health*, 9:698111. doi: 10.3389/fpubh.2021.698111
- Mardian, Y., Shaw-Shaliba, K., Karyana, M., & Lau, C.Y., (2021). Sharia (Islamic Law) Perspectives of COVID-19 Vaccines. *Front. Trop. Dis.*, 2: 788188. doi: 10.3389/fitd.2021.788188
- Mboussou, F., Farham, B., Nsasiirwe, S., Atagbaza, A., Oyaole, D.; Atuhebwe, P.L., & Impouma, B., (2022). COVID-19 Vaccination in the WHO African Region: Progress

- Made in 2022 and Factors Associated. *Vaccines*, 11, 1010. <https://doi.org/10.3390/vaccines11051010>
- McAbee, L., Tapera, O., & Kanyangarara, M., (2021). Factors associated with COVID-19 vaccine intentions in Eastern Zimbabwe: A cross-sectional study. *Vaccines*. 2021;9(10):1109. doi: 10.3390/vaccines9101109
- Ministre du budget et du portefeuille de l'Etat de Côte d'Ivoire, (2020). Plan de riposte contre les infections respiratoires aiguës à coronavirus-Covid-19, Côte d'Ivoire. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.tralac.org/documents/resources/covid-19/countries/3806-cote-d-ivoire-covid-19-response-plan-30-march-2020-french/file.html>
- Mudenda, S., Hikaambo, N.C., Daka, V., Chileshe, M., Mfuné, L.R., Kampamba, M., & Mukosha, M., (2022). Prevalence and factors associated with COVID-19 vaccine acceptance in Zambia: a web-based cross-sectional study. *Pan Afr Med J.*, 41(112). doi: 10.11604/pamj
- Omar, I.D., & Hani, M.B., (2021). Attitudes and intentions towards COVID-19 vaccines and associated factors among Egyptian adults. *J Infect Public Health*, 14(10):1481–1488. doi: 10.1016/j.jiph.2021.06.019
- OMS – Bureau pays de la Côte d'Ivoire, (2022a). Deux ans après le premier cas de COVID-19, la Côte d'Ivoire travaille à bâtir une communauté résiliente. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.afro.who.int/fr/countries/cote-divoire/news/deux-ans-apres-le-premier-cas-de-covid-19-la-cote-divoire-travaille-batir-une-communaute-resiliente>
- OMS – Bureau pays de la Côte d'Ivoire, (2022b). Généraliser la vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire. Consulté le 31 janvier 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.afro.who.int/fr/countries/cote-divoire/news/generaliser-la-vaccination-contre-la-covid-19-en-cote-divoire>
- OMS, (2022a). Recommandations provisoires pour l'utilisation du vaccin anti-COVID-19 inactivé, CoronaVac, développé par Sinovac. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352901/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE-recommendation-Sinovac-CoronaVac-2022.1-fre.pdf>
- OMS, (2022b). Recommandations provisoires pour l'utilisation du vaccin anti-COVID-19 Ad26.COV2.S de Janssen. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/360485/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE-recommendation-Ad26.COV2.S-2022.1-fre.pdf>
- OMS, (2022c). Recommandations provisoires pour l'utilisation du vaccin anti-COVID-19 inactivé BIBP développé par China National Biotech Group (CNBG), Sinopharm. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353401/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE-recommendation-BIBP-2022.1-fre.pdf>
- OMS, (2022d). Recommandations provisoires pour l'utilisation du vaccin anti-COVID-19 Pfizer-BioNTech, BNT162b2, en vertu du protocole OMS d'autorisation d'utilisation d'urgence. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/351395/WHO-2019-nCoV->

- vaccinesSAGE-recommendation-BNT162b2-2022.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS, (2022e). Recommandations provisoires pour l'utilisation du vaccin anti-COVID-19 BBV152 COVAXIN® de Bharat Biotech. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353402/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE-recommendation-BBV152-2022.1-fre.pdf>
- OMS, (2022f). Vaccination COVID-19 : Quatre millions de personnes complètement vaccinées, un an après le lancement de la vaccination en Côte d'Ivoire. Consulté le 31 janvier 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.afro.who.int/fr/countries/cote-divoire/news/vaccination-covid-19-quatre-millions-de-personnes-completement-vaccinees-un-apres-le-lancement-de-la>
- Osuagwu, L.U., Mashige, P.K., Ovenseri-Ogbomo, G., Envuladu, A.E., Abu, K.E., Miner, A.C., & Agho, K.E., (2023). The impact of information sources on COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, 23(1):38. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14972-2>
- Osuri, O.J., Chengo, R., Muinga, E., Kemboi, J., Sidibe, M., & Rarieya, M., (2022). Determinants of COVID-19 vaccine behaviour intentions among the youth in Kenya: a cross-sectional study. *Arch Public Health*, 80(1):159. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00904-4>
- Reddy, K.P., Fitzmaurice, K.P., Scott, J.A., Harling, G., Lessells, R.J., Panella, C., & Siedner, M.J. (2021). Clinical outcomes and cost-effectiveness of COVID-19 vaccination in South Africa. *Nat Commun.*, 12(1):6238. doi: 10.1038/s41467-021-26557-5.
- République de Côte d'Ivoire, (2019). Loi n° 2019-572 du 26 juin 2019 relative à la minorité. JORCI n°11 du 16 juillet 2019. P 265. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.muscop-ci.com/Document/a57fcb635e593dce068e4799b037fdcd.pdf>
- Shaaban, R., Ghazy, M.R., Elsherif, F., Ali, N., Yakoub, Y., Aly, O.M., & Kamal, A., (2022). COVID-19 vaccine acceptance among social media users: A content analysis, multi-continent study. *Int J Environ Res Public Health*, 19:5737. doi: 10.3390/ijerph19095737
- Strupat, C., Shigute, Z., Bedi, A.S., & Rieger, M., (2022). Willingness to take COVID-19 vaccination in low-income countries: Evidence from Ethiopia. *PLoS ONE*, 17(3):e0264633. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264633>
- Sulub, A.S., & Mohamed, A.M., (2022). Determinants of COVID-19 vaccine uptake and acceptability in the horn of Africa: Evidence from Somaliland. *Vaccines*, 10(7):1076. doi: 10.3390/vaccines10071076
- Terry, E., Cartledge, S., Damery, S., & Greenfield, S., (2022). Factors associated with COVID-19 vaccine intentions during the COVID-19 pandemic; a systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. *BMC Public Health*, 22(1):1667. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14029-4>
- Wake, D.A., (2021). The willingness to receive COVID-19 vaccine and its associated factors: "Vaccination refusal could prolong the war of this pandemic" - A systematic review. *Risk Manag and Healthc Policy*, 14:2609-2623. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S311074>

- Wake, D.A., (2022). Healthcare workers and non healthcare workers pro-vaccination attitude and its associated factors towards COVID-19 vaccine globally: A systematic review and meta-analysis. *Interdiscip Perspect Infect Dis.*, 2443785. <https://doi.org/10.1155/2022/2443785>
- WHO, (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. Consulté le 20 janvier 2021. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Wong, P.L., Alias, H., Danaee, M., Ahmed, J., Lachyan, A., Cai, Z.C., & Zhao, Q., (2021). COVID-19 vaccination intention and vaccine characteristics influencing vaccination acceptance: a global survey of 17 countries. *Infect Dis Poverty*, 10:122. doi: 10.1186/s40249-021-00900-w
- Zhou, L., Ampon-WirekoI, S., Xu, X., Quansah, E.P., & Larnyo, E., (2022). Media attention and Vaccine Hesitancy: Examining the mediating effects of fear of COVID-19 and the moderating role of trust in leadership. *PLoS ONE*, 17(2):e0263610.

© 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 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 3 April 2025
Accepted, 17 October 2025
Published, 3 November 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Masika, V.H et al. (2025). Promotion et poursuite de l'allaitement maternel exclusif en milieu professionnel: vécu, attentes et besoins des mères travailleuses de la ville de Kisangani, République Démocratique du Congo. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 223-234.
<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.15>

Promotion et poursuite de l'allaitement maternel exclusif en milieu professionnel : vécu, attentes et besoins des mères travailleuses de la ville de Kisangani, République Démocratique du Congo

Promotion and Continuation of Exclusive Breastfeeding in the Workplace: Experiences, Expectations, and Needs of Working Mothers in Kisangani City, Democratic Republic of the Congo

Henriette Vinywasiki Masika^{1, 2}, Alexis François Bwanga Ngwamah², Koto-Te-Nyiwa Ngbolua^{3, 4}, Simon-Decap Mabakutuvangilanga², Basua Babintu Leyka Mukandu²

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

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 des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

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

Résumé

Malgré les bienfaits reconnus de l'allaitement (protection contre les maladies, contraception naturelle, économies), de nombreuses mères doivent l'interrompre ou le réduire à cause de leur emploi. Horaires rigides, absence de soutien et conditions précaires transforment souvent le lieu de travail en un obstacle. Pour comprendre cette réalité, une étude descriptive et exploratoire, d'inspiration phénoménologique, a été menée auprès de seize mères de la zone de santé de Makiso, à Kisangani, à travers des entretiens semi-directifs. Les participantes considèrent l'allaitement exclusif comme naturel et indispensable jusqu'aux six mois de l'enfant. Toutefois, concilier maternité et travail impose des compromis. Certaines réorganisent leurs journées, prolongent leur congé, ou militent pour des solutions comme des espaces d'allaitement. Toutes cherchent à préserver la santé du bébé et le lien mère-enfant, sans négliger leurs responsabilités professionnelles. Leurs attentes sont claires : un accès à l'information, un soutien psychologique et logistique, des locaux adaptés, des horaires plus souples, des congés réajustés, une protection juridique et surtout une reconnaissance de leur double rôle. L'étude met en évidence une tension persistante : la volonté de bien faire existe, mais les moyens manquent. Dans les faits, allaiter au travail demeure un parcours du combattant. Ce ne devrait pas être un combat individuel. Des mesures adaptées au contexte local de Kisangani sont nécessaires pour soutenir ces mères, investir dans la santé des nourrissons et renforcer les liens familiaux. Les résultats offrent ainsi des pistes pour orienter les politiques publiques, les pratiques d'entreprise et les actions locales plus humaines et durables.

Mots-clés : Vécu, promotion, mères travailleuses, allaitement maternel exclusif, milieux professionnels.

Abstract:

Despite the well-known benefits of breastfeeding (protection against diseases, natural contraception, and cost savings), many mothers are forced to stop or reduce it due to work constraints. Rigid schedules, lack of support, and precarious working conditions often turn the workplace into an obstacle. To understand this reality, a descriptive and exploratory study, inspired by phenomenology, was conducted with sixteen mothers from the Makiso health zone in Kisangani through semi-structured interviews. Participants view exclusive breastfeeding as natural and essential up to six months. However, balancing motherhood and work requires compromises. Some reorganize their days, extend their leave, or advocate for solutions such as breastfeeding spaces. All strive to safeguard their baby's health and maintain the mother-child bond without neglecting their professional responsibilities. Their expectations are clear: access to information, psychological and logistical support, appropriate facilities, flexible schedules, adjusted leave, legal protection, and above all, recognition of their dual role. The study highlights a persistent tension: the willingness to excel exists, but the necessary means are lacking. In practice, breastfeeding at work remains a daily struggle. This should not be an individual battle. Measures adapted to Kisangani's local context are needed to support these mothers, invest in infant health, and strengthen family bonds. The findings provide guidance for public policies, workplace practices, and local actions that are more humane, effective, and sustainable.

Keywords: Experiences, promotion, working mothers, exclusive breastfeeding, professional environments.

1. Introduction

L'allaitement maternel exclusif est reconnu comme une pratique fondamentale pour la survie et la santé des nourrissons (Gueye et al., 2023). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande de nourrir les enfants exclusivement au sein à la demande pendant les six premiers mois, puis de poursuivre l'allaitement en complément d'aliments solides jusqu'à deux ans (OMS, 2023a,b). Pourtant, cette recommandation reste difficile à appliquer, notamment chez les femmes actives. Le manque de flexibilité des horaires, l'absence d'espaces dédiés pour tirer le lait, ainsi que la pression sociale ou hiérarchique, conduisent de nombreuses mères à écourter ou abandonner prématurément l'allaitement. Dans certains cas, elles sont contraintes d'exprimer leur lait dans des conditions inappropriées, comme les toilettes, faute de meilleur endroit (Daniels et al., 2024).

À l'échelle mondiale, le taux d'allaitement exclusif demeure faible. En Afrique, par exemple, il varie entre 4 et 64 % selon les pays (UNICEF, 2022). En République Démocratique du Congo, la situation est préoccupante : environ 20 % des nouveau-nés reçoivent des compléments alimentaires, principalement de l'eau, dès leur premier mois, et ce chiffre atteint 70 % entre 4 et 5 mois (MSPHP & UNICEF, 2021). Cette pratique expose les enfants à la malnutrition, aux infections et à un risque accru de mortalité. Face à ce constat, les autorités sanitaires congolaises, à travers le Programme National de Nutrition (PRONANUT), encouragent activement l'allaitement maternel exclusif, même en contexte d'épidémies.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude, menée à Kisangani, et centrée sur les mères exerçant une activité professionnelle. Elle vise à explorer leur vécu, à comprendre les

tensions entre exigences professionnelles et volonté d'allaiter, et à identifier des pistes concrètes de soutien à l'allaitement en milieu de travail. Cette recherche vise à comprendre le vécu, les attentes et les besoins des mères allaitantes en milieu professionnel à Kisangani afin de soutenir et promouvoir l'allaitement maternel exclusif. Elle se concentre sur la perception de l'allaitement exclusif chez les mères travailleuses, les obstacles professionnels qui entravent sa pratique, ainsi que les stratégies mises en œuvre pour concilier travail et allaitement, tout en identifiant les besoins essentiels non satisfaits pour améliorer la promotion de cette pratique. La justification scientifique de cette étude repose sur le fait que l'allaitement maternel exclusif en milieu professionnel reste peu documenté localement. Des recherches récentes montrent que le travail constitue un obstacle majeur pour les mères allaitantes à Kisangani, et que les normes sociales influencent fortement leurs pratiques. Ces constats mettent en évidence un déficit de connaissances et de soutien, soulignant la nécessité d'une étude approfondie pour mieux comprendre les expériences et les besoins des mères dans ce contexte (Botimba et al., 2024). Elle contribuera à enrichir les connaissances sur les barrières spécifiques rencontrées dans le contexte urbain congolais. Sur le plan pratique, elle vise à sensibiliser les professionnels de santé, les employeurs et les femmes elles-mêmes aux risques liés à l'interruption précoce de l'allaitement, et à proposer des actions concrètes pour y remédier. Enfin, pour le chercheur, cette étude représente une opportunité d'approfondir un enjeu majeur de santé publique et de contribuer à l'amélioration des politiques et des pratiques en matière d'alimentation infantile dans un contexte professionnel urbain. Elle entend également offrir des outils et des recommandations utiles pour les décideurs et les futurs travaux scientifiques sur le sujet. Outre l'introduction, le présent article expose le cadre méthodologique de l'étude, suivie des résultats empiriques issus des entretiens. Ensuite, une discussion met en perspective ces résultats avec les enjeux sociaux et professionnels du soutien à l'allaitement. Enfin, des recommandations concrètes sont proposées en conclusion.

2. Matériel et Méthodes

2.1 Zone d'étude

La zone de santé de Makiso-Kisangani, située dans la ville de Kisangani, chef-lieu de la province de la Tshopo en République Démocratique du Congo, est l'une des trois zones de santé de la ville, aux côtés de Kabondo et Lubunga. Elle est délimitée à l'est par les zones de santé de Kabondo et Waniaerukula, à l'ouest par la rivière Lindi et les zones de santé de Mangobo et Yakusu, au nord par la zone de santé de Tshopo et au sud par le fleuve Congo et la zone de santé de Lubunga. Son choix comme lieu d'étude pour une recherche sur la promotion et la poursuite de l'allaitement maternel exclusif en milieu professionnel auprès des mères travailleuses repose sur plusieurs facteurs stratégiques. D'une part, sa diversité socio-économique permet d'obtenir un échantillon représentatif de la population urbaine boyomaise, car elle abrite des habitants aux profils variés en termes de revenus, d'éducation et de professions, facilitant ainsi une meilleure compréhension des défis et opportunités liés à l'allaitement maternel dans différents contextes socio-économiques. D'autre part, la diversité des secteurs d'activité présents à Makiso, incluant des entreprises, des administrations publiques et des ONG, offre un cadre idéal pour analyser les pratiques d'allaitement maternel dans divers environnements professionnels et identifier des besoins spécifiques en matière de soutien et d'accompagnement des mères allaitantes.

2.2. Méthode

L'exploration du vécu, des attentes et des besoins des mères travailleuses de Kisangani a nécessité une approche qualitative exploratoire à visée phénoménologique. Cette méthode dite « compréhensive » permet de saisir l'expérience vécue dans sa complexité et sa profondeur (Polit & Beck, 2007).

2.2.1 Population et échantillon

L'étude a ciblé des mères allaitantes exerçant dans les secteurs formel, informel et public de la zone de santé de Makiso à Kisangani. Un échantillonnage raisonné a été utilisé afin de sélectionner des participantes susceptibles d'apporter un éclairage pertinent sur le phénomène étudié. Les critères d'inclusion comprenaient : être active professionnellement (secteur formel ou informel), avoir accouché dans les 12 mois précédant l'étude, résider dans la zone de santé concernée, et consentir librement à participer. Les exclusions ont concerné les femmes hors zone, non actives ou ayant refusé de participer. La saturation des données a été déterminée de manière empirique : l'analyse thématique a été menée en parallèle de la collecte, et l'ajout progressif de participantes n'apportait plus d'éléments nouveaux à partir de la 14^e. Deux entretiens supplémentaires ont confirmé cette redondance, portant le total à 16.

2.2.2 Techniques et outils de collecte

Deux méthodes ont été mobilisées : l'entretien semi-directif, réalisé à partir d'un guide structuré en deux volets portant à la fois sur les données sociodémographiques et sur les thèmes relatifs au vécu de l'allaitement, ainsi que l'observation participante, conduite dans les milieux professionnels des participantes afin de documenter les gestes, les contraintes spatiales, les interactions et les ajustements concrets entourant la pratique de l'allaitement. Les données ont été recueillies via des enregistrements audio, des notes d'observation directe, et une grille d'observation construite en amont. Un test pilote auprès de cinq mères a permis de valider le guide d'entretien. Ce pré-test a débouché sur des ajustements lexicaux et structurels garantissant une meilleure clarté, pertinence contextuelle et neutralité des formulations.

2.2.3 Analyse des données

L'analyse thématique a suivi une démarche inductive comprenant la transcription intégrale des entretiens, le codage initial in vivo respectant le vocabulaire des participantes, une réduction phénoménologique visant à suspendre les préjugés du chercheur, ainsi que l'identification des unités de signification progressivement regroupées en thèmes et sous-thèmes. Chaque thème a été illustré par des verbatim contextualisés, confrontés à la littérature. Une triangulation partielle a été mise en œuvre : les données issues des entretiens ont été croisées avec les observations de terrain pour valider ou nuancer certaines déclarations (ex. compatibilité déclarée entre travail et allaitement contredite par les contraintes observées sur site). Cette triangulation a renforcé la validité interne de l'analyse.

2.2.4 Gestion des biais et des données

Plusieurs précautions ont été prises pour limiter les biais : neutralité dans le questionnement, anonymisation des transcriptions avant analyse, et retour sur le terrain pour vérifier certaines interprétations. Les données ont été stockées dans un espace numérique sécurisé (disque dur), protégé par mot de passe et accessible uniquement à l'équipe de recherche. Les fichiers audio et transcriptions sont identifiés par des codes non nominatifs. Les notes manuscrites issues des observations ont été numérisées sous format PDF, puis archivées dans un dossier sécurisé. Ce dernier a été protégé par chiffrement au moyen du logiciel BitLocker, garantissant un accès restreint par mot de passe. Cette procédure a permis d'assurer la confidentialité et l'intégrité des données, tout en limitant les risques d'accès non autorisé.

2.3 Considérations éthiques

L'étude a reçu l'aval du Comité d'éthique de l'ISTM Kinshasa (réf. 0095/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2024). Le consentement éclairé des participantes a été obtenu après explication des objectifs, des droits de retrait et des garanties de confidentialité. Aucune donnée nominative n'est visible dans les résultats. La participation a été volontaire, sans pression ni compensation. Aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré par les auteurs. Les retours des participantes ont été pris en compte pour enrichir la compréhension des besoins réels des mères en milieu professionnel.

3. Résultats

Les données sociodémographiques indiquent que les seize participantes à l'étude étaient âgées de 24 à 48 ans, avec une moyenne de 36,5 ans, et que toutes étaient mariées. En ce qui concerne le niveau d'études, une participante avait un niveau secondaire, deux étaient graduées, neuf étaient titulaires d'une licence, deux étaient en master et une était étudiante en L3 dans le système LMD. Elles avaient toutes entre deux et cinq enfants, avec une moyenne de 3,5 enfants. Quant à leurs professions, elles comprenaient : une infirmière, une enseignante, un médecin, une vendeuse, un agent de la DGI, quatre agents de la DGRPT, une étudiante, une assistante, deux commerçantes, deux comptables (dont un pour un hôtel et un autre pour une coopérative), ainsi que deux agents de la coopérative. Les lieux des entretiens révélaient une grande diversité de sites, allant des institutions de santé et d'enseignement aux espaces publics et privés, tous situés à Kisangani. La durée des entretiens variait de 15 à 22 minutes, avec une moyenne de 17,3 minutes. Chaque participante a été codifiée par Rn : la lettre « R » représente la répondante, et la lettre « n » indique son rang dans l'ordre des interviews.

Le tableau 1 présente la représentation des sujets d'étude sur l'allaitement maternel exclusif (AME), la promotion et la poursuite de l'allaitement maternel exclusif.

Tableau 1 : Représentation des sujets d'étude sur l'allaitement maternel exclusif, la promotion et la poursuite de l'allaitement maternel exclusif

Thème	Sous-thème	Synthèse de sens	Extrait représentatif
1. Signification identitaire et sociale de l'allaitement	Identité maternelle, accomplissement	L'AME est vécue comme l'aboutissement du statut de femme et de mère dans la culture.	R2 : « ...le fait pour moi d'allaiter fait à ce que je sente que je suis une mère... »
	Reconnaissance sociale	L'AME est perçue comme un moyen de respect dans la société, en particulier dans la belle-famille.	R11 : « ...l'allaitement maternel m'a fait respecter par ma belle-famille... »
2. L'AME comme pratique de soin	Alimentation naturelle et exclusive	L'AME est considérée comme la méthode "normale" et culturelle d'alimentation de l'enfant.	R5 : « ...le mode d'alimentation qui me donne le pouvoir d'être prise pour une mère... »
	Lien affectif mère-enfant	L'AME renforce l'intimité et la sécurité de l'enfant.	R2 : « ...l'allaitement pour moi, c'est comme une relation... »
	Santé et bien-être	L'AME est vue comme bénéfique pour la santé de l'enfant et de la mère.	R6 : « ...cela donne une bonne santé à mon enfant... »
3. Promotion et encouragement de l'AME	Soutien familial et professionnel	Le soutien du conjoint, de la belle-famille ou du patron favorise l'AME.	R7 : « ...le patron a allégé ma fonction pour me permettre de bien allaiter... »
	Sensibilisation aux bienfaits	Les femmes valorisent les informations reçues et souhaitent qu'elles soient renforcées.	R2 : « ...organiser des séances d'information dans les institutions de travail... »
	Politiques et environnement	Requête explicite d'aménagements dans les lieux de travail et dans la loi.	R10 : « ...mettre en place des politiques publiques qui protègent les droits des mamans... »
4. Poursuite et prolongement de l'AME	Prolongement volontaire	Certaines femmes continuent d'allaiter jusqu'à deux ans.	R3 : « ...nous continuons à allaiter jusqu'à deux ans... »
	Compensation du retard	Certaines cherchent à compenser une période d'AME incomplète.	R12 : « ...j'essaie de récupérer le retard de l'allaitement... »

Ce tableau propose une analyse thématique des perceptions de l'allaitement maternel exclusif (AME) chez les mères, articulée autour de trois axes : sa signification, sa promotion et sa poursuite. L'AME est perçue comme une valeur féminine essentielle. Elle constitue une source de fierté, de respect social et d'accomplissement personnel, tout en étant considérée comme le mode d'alimentation naturel du nourrisson. Au-delà de sa dimension symbolique, il assure un soin vital, garantissant la santé, la sécurité et le lien affectif entre mère et enfant. La promotion de l'AME repose sur un soutien familial et professionnel solide. Elle est renforcée par des politiques concrètes, telles que la sensibilisation, les séances d'information, les visites à domicile, les médias locaux et la création de groupes de soutien. Elle inclut également l'aménagement d'environnements favorables, comme des espaces d'allaitement et des horaires flexibles au travail. Enfin, les mères manifestent un engagement à prolonger ou à

rattraper l'AME au-delà des six mois recommandés, motivées par leur conscience des bénéfices durables pour la santé et le bien-être de l'enfant.

Le tableau 2 présente l'analyse thématique du vécu expérientiel des mères allaitantes sur l'allaitement maternel exclusif (AME) en milieu professionnel.

Tableau 2 : Perceptions des sujets d'étude sur l'allaitement maternel exclusif en milieu professionnel

Sous-thème	Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Entendement de l'allaitement maternel exclusif	Compréhension	Définition claire	R1: « Allaiter exclusivement, c'est nourrir l'enfant avec seulement le lait maternel pendant six mois. »
Avantages de l'allaitement maternel exclusif	Protection de l'enfant	Contre les maladies	R5: « Le lait maternel protège contre les microbes. »
Avantages de l'allaitement maternel exclusif	Méthode contraceptive		R6: « L'allaitement retarde le retour des règles. »
Avantages de l'allaitement maternel exclusif	Économie	Moins coûteux	R12: « C'est gratuit et toujours disponible. »
Avantages de l'allaitement maternel exclusif	Santé de l'enfant	de Croissance	R6: « Il donne une bonne santé à l'enfant. »
Avantages de l'allaitement maternel exclusif	Santé de la mère		R13: « Il aide à espacer les naissances et prévient le cancer du sein. »

Ce tableau met en lumière la compréhension qu'ont les mères de l'allaitement maternel exclusif (AME), structurée autour de deux aspects principaux : sa définition et ses avantages. De manière unanime, les participantes définissent l'AME comme le fait de nourrir exclusivement l'enfant au lait maternel pendant les six premiers mois, sans introduction d'eau, d'aliments solides ou de laits artificiels, en conformité avec les recommandations de l'OMS et sur la base d'informations transmises par les professionnels de santé. Les avantages perçus sont multiples et convergents : sur le plan infantile, l'AME est reconnu pour protéger contre les infections grâce aux anticorps présents dans le lait maternel, prévenir les troubles digestifs et favoriser une croissance harmonieuse ; pour la mère, il est perçu comme une méthode contraceptive naturelle en retardant le retour des règles, comme un facteur de bien-être, et comme un moyen d'espacer les naissances tout en réduisant le risque de cancer du sein. L'allaitement est également valorisé pour sa dimension économique : il ne requiert ni achat de substituts ni préparation, ce qui en fait une solution accessible, particulièrement en contexte de précarité. Néanmoins, si cette compréhension globale semble correcte, elle reste parfois fragmentaire et mérite d'être consolidée, notamment sur des points sensibles comme la contraception par l'AME, qui n'est fiable que sous certaines conditions strictes. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les messages de santé publique pour consolider les savoirs, dissiper les approximations et soutenir une pratique éclairée et durable de l'AME. La figure 1 illustre les facteurs déterminants de l'allaitement maternel exclusif, regroupés en quatre catégories.

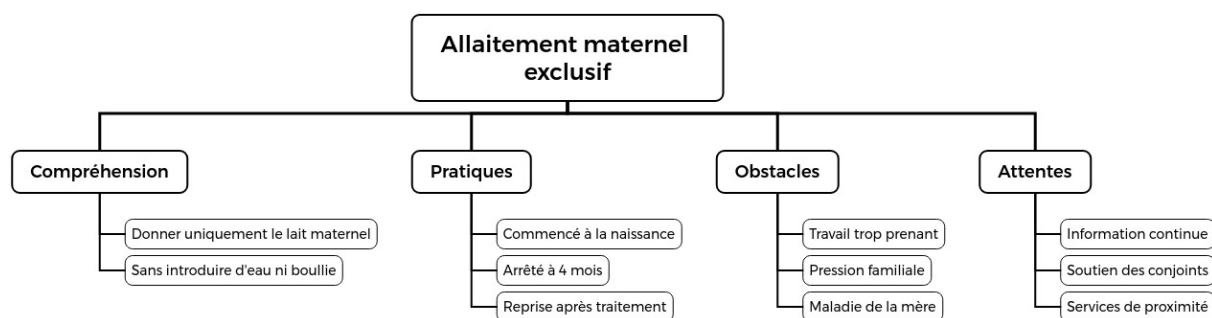


Figure 1: Facteurs déterminants de l'allaitement maternel exclusive (compréhension, pratique, obstacles et attentes) : Source : Les auteurs

Le Tableau 3 présente les obstacles à l'allaitement maternel exclusif (AME) rencontrés par les mères en milieu professionnel. Ce tableau met en évidence les différentes difficultés auxquelles ces mères sont confrontées dans la poursuite de l'AME tout en exerçant leurs activités professionnelles. Ces obstacles incluent des problèmes de santé maternels et infantiles, ainsi que des contraintes liées aux conditions de travail, telles que la précarité, l'absence d'espaces adaptés à l'allaitement, la charge de travail élevée, ainsi que les tensions hiérarchiques et la conjoncture socio-économique.

Tableau 3 : Les obstacles à l'allaitement maternel exclusif en milieu professionnel

Catégories	Sous-catégories	Verbatims sélectionnés
Obstacles liés à la santé	Plaies aux mamelons	R13 : « ... j'avais des plaies, je n'ai pas pu continuer l'allaitement... »
	Insuffisance de lait	R16 : « ...mes seins ne produisaient pas assez de lait... »
	Santé du nourrisson	R9 : « ...l'enfant était prématuré, on a commencé avec du lait NAN 1... »
Obstacles liés au travail	Conditions de travail contraignantes	R14 : « ...je pars très tôt et je rentre tard, c'est impossible d'allaiter exclusivement... »
	Inadéquation des horaires	R11 : « ...mon horaire est incompatible avec les moments d'allaitement... »
	Absence de lieu d'allaitement	R11 : « ...il manque un espace aménagé pour allaiter... »
	Environnement de travail inadapté	R4 : « ...le marché est trop sale pour y amener un bébé... »
	Non-acceptation de l'enfant sur le lieu	R7 : « ...mes collègues penseraient que je suis malade si je venais avec mon enfant... »
	Travail sur terrain	R9 : « ...je suis tout le temps en déplacement, je ne peux pas venir avec l'enfant... »
Obstacles administratifs	Interdiction hiérarchique	R3 : « ...après le congé, on ne peut plus venir avec l'enfant... »
	Manque de soutien du supérieur	R14 : « ...je ne reçois aucun soutien de mon patron... »
Obstacles socio-économiques	Pression financière familiale	R12 : « ...je dois travailler pour aider mon mari... »
	Conjoncture difficile	R13 : « ...on ne peut plus rester à la maison sans rien faire... »
Autres contraintes	Activités estudiantines	R6 : « ...les cours et examens ne permettent pas d'allaiter... »

Ce tableau met en évidence une diversité d'obstacles à l'allaitement maternel exclusif (AME) chez les mères en milieu professionnel, regroupés en catégories interdépendantes : santé, travail, administration, situation socio-économique et études. Les contraintes sanitaires incluent des facteurs physiologiques tels que les plaies aux mamelons, l'insuffisance de lait ou la prématurité du nourrisson, rendant difficile la poursuite de l'AME. Mais ce sont surtout les conditions de travail qui apparaissent comme un frein majeur : horaires incompatibles, déplacements fréquents, absence de lieux adaptés pour allaiter, environnement insalubre, refus implicite de la présence de l'enfant, ou encore manque

de soutien hiérarchique et interdiction post-congé maternité. Ces difficultés sont aggravées par un contexte socio-économique précaire, où les pressions financières obligent les femmes à retourner rapidement au travail, souvent sans aménagements adéquats. Par ailleurs, les mères étudiantes font face à des contraintes académiques qui compliquent davantage la conciliation entre allaitement et obligations scolaires. L'ensemble des verbatims recueillis illustre un profond décalage entre les recommandations de santé publique en faveur de l'AME et les réalités du terrain, mettant en lumière l'absence de politiques concrètes de soutien à la maternité et l'urgence de repenser les environnements professionnels et éducatifs pour qu'ils deviennent réellement compatibles avec les besoins des mères allaitantes.

Le tableau 4 présente les mesures prises par les femmes pour contourner les obstacles à l'allaitement maternel exclusif en milieu professionnel.

Tableau 4 : Mesures adoptées par les mères pour surmonter les obstacles à l'allaitement maternel exclusif en milieu professionnel

Mesures prises par les femmes	Sous-catégories	Verbatims sélectionnés
Stratégies individuelles	Modification de l'horaire d'allaitement	R1 : «...je l'allaité jusqu'à 14h, puis je pars travailler... » R5 : «...je me lève tôt pour allaiter avant d'aller au boulot... »
	Laisser le bébé téter toute la nuit	R13 : «...je lui laisse téter toute la nuit... »
	Va-et-vient pour allaiter	R6 : «...je fais des vas-et-viens en taxi pour allaiter... »
	Prolongation du congé de maternité	R8 : «...je demande une dérogation pour prolonger le congé... »
	Ablactation précoce	R15 : «...je commence à l'habituer au lait artificiel avant le retour au travail... »
	Téléphone ouvert	R10 : «...je laisse mon téléphone ouvert pour être appelée s'il pleure... »
Stratégies collectives	Aménagement de l'espace de travail	R1 : «...je l'allaité dans la salle des soins s'il m'accompagne... »

Ce tableau met en évidence les stratégies mises en œuvre par les mères allaitantes pour concilier allaitement maternel exclusif (AME) et exigences professionnelles, réparties entre approches individuelles et collectives. Les stratégies individuelles relèvent d'efforts d'adaptation personnelle face à l'absence de soutien institutionnel : modification des horaires pour allaiter avant ou après le travail, allaitement nocturne intensif pour compenser l'absence diurne, allers-retours coûteux entre le domicile et le lieu de travail, prolongation du congé de maternité, introduction précoce de lait artificiel, et maintien d'une communication constante avec la personne gardant l'enfant, illustrant une charge mentale persistante. Ces solutions, souvent éprouvantes physiquement, financièrement et émotionnellement, témoignent d'une résilience imposée plus que choisie. Les rares stratégies collectives, comme l'utilisation d'une salle de soins pour allaiter sur le lieu de travail, demeurent exceptionnelles et dépendent fortement du contexte professionnel. Dans l'ensemble, les verbatims révèlent une multiplicité de tactiques informelles développées en réponse à un environnement peu favorable, mettant en lumière l'urgence de repenser l'organisation du travail pour intégrer des mesures structurelles soutenant réellement l'AME.

Le Tableau 5 met en évidence les attentes des mères concernant l'allaitement maternel exclusif en milieu professionnel.

Tableau 5 : Attentes des mères en milieu professionnel pour la promotion et la poursuite de l'allaitement maternel exclusif

Catégories	Sous-catégories	Verbatims sélectionnés
Attentes liées à la santé de l'enfant	Croissance et développement du bébé	R3 : «...le lait maternel contient les nutriments nécessaires... » R1 : «...quand l'enfant est nourri au lait maternel, il grandit normalement... »
		R15 : «...mes enfants grandissent normalement et sont intelligents... »
	Protection contre les maladies	R15 : «...nous attendons à ce que l'enfant soit protégé... » R8 : «...si l'enfant est malade, je reste à la maison pour l'allaiter... »
		R7 : «...tout ce que nous faisons, c'est pour leur bien-être... »
Attentes liées au lien mère-enfant	Renforcement du lien affectif	R2 : «...je voulais une connexion spéciale avec mon bébé... » R13 : «...je voulais ces instants de complicité... » R15 : «...je voulais être celle qui le console, qui le rassure... »
	Sentiment de sécurité	R14 : «...je voulais qu'il se sente toujours protégé... » R2 : «...qu'il sache qu'il peut toujours compter sur moi... »
	Calme et réconfort	R14 : «...quand il tète, il est tellement calme, apaisé... »
	Développement émotionnel	R2 : «...je veux qu'il se développe pleinement... » R13 : «...j'attends qu'il développe son empathie... » R15 : «...qu'il n'ait pas peur d'exprimer ses émotions... »
	Facilité d'allaitement	R14 : «...si mon chef acceptait mes retards, je pourrais allaiter correctement... »
		R3 : «...il n'accepte même pas que je reste à la maison pour ça... »
Attentes liées aux autorités hiérarchiques	Soutien social	R7 : «...mes collègues me demandent de rentrer allaiter... » R7 : «...mon mari m'encourage à allaiter dès que je rentre... »

Ce tableau met en évidence les attentes des mères allaitantes autour de trois axes principaux : la santé de l'enfant, le lien mère-enfant, et le soutien institutionnel. Les mères attendent de l'allaitement maternel exclusif (AME) qu'il assure la croissance et le développement optimal du bébé grâce aux nutriments essentiels du lait maternel, tout en le protégeant contre les maladies, ce qui les pousse parfois à faire des sacrifices, comme rester à la maison en cas de maladie. Elles valorisent également l'AME comme un vecteur privilégié de lien affectif, procurant à l'enfant sécurité, réconfort et un environnement favorable à son développement émotionnel, incluant l'expression des émotions et l'empathie. Sur le plan social et professionnel, ces femmes aspirent à un soutien concret de la hiérarchie, des collègues et de leur entourage familial, notamment par des aménagements d'horaires, la tolérance aux retards et un accompagnement favorisant la conciliation entre allaitement et travail. Ces verbatims soulignent que, pour elles, l'allaitement dépasse la simple nutrition pour s'inscrire comme un processus global de soin, d'attachement et d'appui social, révélant un besoin urgent d'une meilleure reconnaissance et adaptation des milieux professionnels à cette réalité.

Le Tableau 6 met en évidence les besoins exprimés par les mères pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif (AME) en milieu professionnel.

Tableau 6 : Besoins des mères pour la promotion de l’allaitement maternel exclusif en milieu professionnel

Catégorie	Sous-catégorie	Mesures décrites	Verbatims
Stratégies individuelles	Modification de l’horaire d’allaitement	Allaitement intensif avant de partir au travail et après le retour	R1, R5
	Allaitement nocturne	Laisser le bébé téter toute la nuit	R13
	Va-et-vient domicile-travail	Rentrer allaiter à l’aide de taxis lors des pauses	R6
	Prolongation du congé de maternité	Solliciter une dérogation pour allonger la période de congé	R8
	Ablactation précoce	Introduction précoce du lait artificiel à la reprise du travail	R15
	Téléphone ouvert	Rester joignable pour suivre à distance les besoins du bébé	R10
Stratégie collective	Aménagement des espaces	Absence d’espaces adaptés, allaitement dans les salles de soins	R1

Ce tableau met en lumière les besoins exprimés par les mères pour favoriser l’allaitement maternel exclusif (AME) en milieu professionnel, ainsi que les stratégies qu’elles adoptent face aux obstacles rencontrés. Ces besoins se répartissent en trois axes principaux : information et soutien, aménagement du lieu de travail, et politiques favorables. Les mères réclament une meilleure sensibilisation aux bienfaits de l’AME, des conseils pratiques pour gérer le retour au travail, un accompagnement psychologique, ainsi qu’un suivi personnalisé par des professionnels de santé. Elles insistent également sur la nécessité d’espaces propres, calmes et équipés (tire-laits, réfrigérateurs) pour allaiter ou tirer leur lait, associés à des horaires flexibles permettant de concilier allaitement et travail. Sur le plan politique, elles attendent l’allongement des congés parentaux, des mesures légales contre la discrimination et une sensibilisation accrue des employeurs. Face à l’absence de ces dispositifs, les mères développent des stratégies individuelles souvent lourdes : allaitement intensif avant et après le travail, allaitement nocturne, allers-retours fréquents domicile-travail, recours au téléphone pour rester connectées à leur bébé, prolongation exceptionnelle du congé maternité, ou encore introduction précoce du lait artificiel en guise de compromis. Collectivement, faute d’espaces adaptés, certaines utilisent les salles de soins, solutions souvent insuffisantes et peu valorisantes. Ces témoignages révèlent une adaptation contrainte, coûteuse et épuisante, soulignant l’urgence d’aménagements structurels et d’un soutien organisationnel effectif pour permettre la poursuite durable de l’AME en milieu professionnel.

4. Discussion

L’allaitement maternel exclusif (AME) est reconnu comme vital pour la santé des mères et des nourrissons, englobant des dimensions biologiques, culturelles et psychologiques, tout en renforçant le lien mère-enfant et l’identité maternelle (Panard, 2022 ; Benattasse, 2024 ; Bayard, 2018). Pour le nourrisson, il offre des avantages nutritionnels et immunitaires significatifs, notamment une protection contre les maladies grâce aux facteurs immunitaires du lait maternel (Zehnati & Sidi-Yakhlef, 2024). Chez la mère, il favorise la santé mentale et physique, diminuant le risque de dépression post-partum et de certains cancers (Panard, 2022). Sur le plan socio-économique et culturel, l’AME représente un idéal féminin et une norme dans de nombreuses sociétés (Caraël & Msellati, 2019). Cependant, maintenir l’AME en milieu professionnel reste difficile. Les défis liés à la santé maternelle (mastite, douleurs) et infantile (problèmes de succion, allergies), ainsi que les contraintes organisationnelles (manque d’espaces d’allaitement, horaires rigides, congés inadéquats), constituent des obstacles majeurs (Aroud & Donnez, 2021 ; Consolini, 2023). Pour y faire face, les mères adoptent des stratégies individuelles (réorganisation des horaires, allaitement nocturne, congés prolongés) et collectives (demande d’espaces d’allaitement) (Brown et al., 2018 ; Thomson et al., 2019). Le soutien familial et

institutionnel, incluant des politiques favorables et la sensibilisation des employeurs, est crucial pour concilier maternité et travail (OMS, 2023a,b). Les attentes des mères se concentrent sur la santé de l'enfant, le maintien du lien affectif, un environnement de travail favorable et un soutien social renforcé (Torrens, 2022 ; Consolini, 2023 ; Leroy, 2023). Pour répondre à ces besoins, il est nécessaire de fournir des formations, des aménagements d'espaces, des horaires flexibles et des protections juridiques adaptées (Ballay, 2023). La littérature montre que l'absence d'infrastructures, de pauses rémunérées et la stigmatisation professionnelle réduisent considérablement la durée de l'AME (Mgongo et al., 2024). Les initiatives de type baby-friendly workplace montrent des résultats prometteurs. Au Kenya, un programme combinant crèche, sensibilisation, pauses et espaces d'allaitement a amélioré la poursuite de l'AME, bien que limité par la taille de l'échantillon et l'absence d'essais randomisés (Kimani-Murage et al., 2021). Une méta-analyse internationale confirme que l'efficacité des interventions varie selon le contexte institutionnel et le type d'aménagement (Tang et al., 2021). Même lorsque des politiques existent, la faible volonté managériale et la stigmatisation persistent, limitant leur impact (Mabaso et al., 2020). La réussite des interventions dépend ainsi autant des infrastructures que de l'adhésion institutionnelle et de l'évolution des normes sociales. La Convention n°183 de l'OIT prévoit des pauses et installations pour l'allaitement, mais la plupart des pays africains n'ont pas pleinement ratifié ou appliqué ces dispositions, créant un écart avec les standards internationaux (International Labour Organization, 2000). Les interventions multi composantes améliorent les taux d'AME, mais les preuves restent limitées, souvent qualitatives et concentrées sur le secteur formel, laissant de côté le secteur informel (Tang et al., 2021). Il est donc essentiel de promouvoir des études multisites, incluant des indicateurs harmonisés et des analyses de coût-efficacité, tout en renforçant la mise en œuvre des normes internationales et en ciblant le secteur informel, soutenues par un plaidoyer combinant santé publique et bénéfices économiques pour les employeurs.

Limitations de l'étude

Cette synthèse repose principalement sur des études qualitatives et des témoignages, souvent issus de contextes culturels spécifiques, limitant la généralisation des résultats. Le manque de données quantitatives robustes sur l'impact précis des politiques de soutien à l'AME en milieu professionnel reste un obstacle pour formuler des recommandations universelles. De plus, les études se concentrent rarement sur les variations selon les secteurs professionnels et les statuts socio-économiques, ce qui limite la compréhension des inégalités dans l'accès au soutien à l'allaitement.

Il est nécessaire de développer des recherches quantitatives longitudinales pour mesurer l'efficacité des interventions en milieu professionnel et leur impact sur la durée de l'AME. Une analyse comparative intersectorielle et socio-économique permettrait d'identifier les populations les plus vulnérables. Enfin, l'évaluation des politiques publiques et leur mise en œuvre réelle sur le terrain doivent être approfondies afin d'optimiser les dispositifs d'accompagnement et de garantir un soutien équitable à toutes les mères allaitantes.

5. Conclusion

Cette étude qualitative exploratoire à Kisangani a mis en lumière les nombreux obstacles—sanitaires, socio-économiques et professionnels—que rencontrent les mères allaitantes pour maintenir l'allaitement maternel exclusif (AME) au travail, notamment l'absence d'infrastructures adaptées et le manque de soutien institutionnel, menant souvent à un sevrage précoce aux conséquences néfastes. Les mères expriment des attentes claires : assurer la santé de l'enfant, préserver un lien affectif fort et bénéficier d'un soutien concret de leur entourage et milieu professionnel. L'étude recommande des mesures concrètes telles que l'aménagement d'espaces dédiés à l'allaitement, des horaires flexibles, un accompagnement individualisé, ainsi que des politiques publiques favorables incluant

l'allongement des congés maternité et une meilleure protection juridique. Bien que réalisée sur un échantillon limité, ses résultats sont transférables à d'autres contextes urbains d'Afrique subsaharienne et ouvrent la voie à des interventions intégrées en entreprise. Enfin, elle souligne l'importance d'une mobilisation multisectorielle pour garantir aux mères un environnement propice à l'AME tout en conciliant responsabilités professionnelles. Pour approfondir ces enjeux, une étude longitudinale mixte est recommandée afin de mieux comprendre l'évolution des pratiques et l'impact des mesures institutionnelles sur le long terme, en vue d'élaborer des stratégies durables adaptées au contexte local.

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. Cette étude a bénéficié de l'utilisation d'outils d'intelligence artificielle (Microsoft Copilot) pour améliorer la clarté, la cohérence et la synthèse des informations présentées, tout en conservant la rigueur scientifique et les références originales.

Conflit of Intérêts

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

Références

- Aroud, S., & Donnez, M. (2021). Obstacles au maintien de l'allaitement maternel exclusif en milieu professionnel. *Journal de la Santé au Travail*, 45(4), 210-222. <https://doi.org/10.1016/j.jst.2021.02.005>
- Ballay, T. (2023). Formation et aménagements pour soutenir l'allaitement maternel exclusif en milieu professionnel. *Santé au Travail et Entreprise*, 12(1), 22-30. <https://doi.org/10.1016/j.ste.2023.01.002>
- Bayard, C. (2018). Les mères célèbres sur Instagram : ce que nous révèlent les pratiques d'allaitement. *Études de Genre*, 31, 45-60. <https://doi.org/10.7202/1061781ar>
- Benattasse, M. (2024). *Les dimensions culturelles de l'allaitement maternel exclusif*. Presses Universitaires.
- Botimba Lomanya, P., Lezode Masinge, C., Basekwa Enkatekabisia, T., Ramazani, R. A., & Bomela Yenga, J. (2024). Experience of working women in Kisangani (DRC) on the practice of exclusive breastfeeding. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 21(3), 1428–1446. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2024.21.3.0004>
- Brown, A., Smith, J., & Lee, K. (2018). Stratégies individuelles et collectives pour soutenir l'allaitement maternel exclusif. *International Breastfeeding Journal*, 13(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0163-3>
- Caraël, M., & Msellati, P. (2019). Normes sociales de l'allaitement : enjeux d'autonomisation des femmes. *Revue Internationale de Sociologie*, 27(2), 78-92. <https://doi.org/10.3917/ris.272.0078>
- Consolini, L. (2023). Soutien institutionnel et allaitement maternel exclusif : une analyse des politiques publiques. *Santé Publique et Politiques Sociales*, 15(1), 33-47. <https://doi.org/10.1016/j.spps.2023.01.003>
- Daniels, L. C., Mbhenyane, X. G., & Du Plessis, L. M. (2024). A qualitative study on breastfeeding experiences of employed mothers in manufacturing, retail and public sectors at designated workplaces in Worcester, South Africa. *South African Journal of Child Health*, 18(3), Article a4. https://hdl.handle.net/10520/ejc-m_sajch_v18_n3_a4
- Gueye, B., Bassoum, O., Bassoum, D., Diagne, N. M., Bop, M. C., Tall, A. B., Ndiaye, A. A., Diop, C. T., Sow, P. G., Ka, O., & Seck, I. (2023). Facteurs associés à la pratique de l'allaitement maternel

- exclusif chez les mères d'enfants âgés de 6 à 12 mois dans la commune de Kaolack (Sénégal). *Pan African Medical Journal*, 45, 55. <https://doi.org/10.11604/pamj.2023.45.55.39636>.
- International Labour Organization. (2000). Maternity Protection Convention, 2000 (No. 183). Geneva: ILO. Retrieved from <https://normlex.ilo.org>
- Kimani-Murage, E. W., Wanjohi, M., Kyallo, F., Ndedda, C., Muriuki, P., Wekesah, F., ... & Griffiths, P. (2021). Effect of a baby-friendly workplace support intervention on exclusive breastfeeding in Kenya. *Maternal & Child Nutrition*, 17(1), e13063. <https://doi.org/10.1111/mcn.13063>
- Leroy, D. (2023). Soutien social et allaitement maternel exclusif : perceptions des mères et des professionnels de santé. *Revue de Santé Communautaire*, 28(3), 150-160. <https://doi.org/10.1016/j.rsc.2023.03.004>
- Mabaso, B. P., Jaga, A., & Doherty, T. (2020). Experiences of workplace breastfeeding in a provincial government setting: A qualitative exploratory study among managers and mothers in South Africa. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00342-4>
- Mgongo, M., Ickes, S. B., Leyaro, B. J., Mboya, I. B., Grounds, S., Seiger, E. R., Hashim, T. H., Conklin, J. L., Kimani-Murage, E., & Martin, S. L. (2024). Early infant feeding practices among women engaged in paid work in Africa: A systematic scoping review. *Advances in Nutrition*, 15(3), 392–406. <https://doi.org/10.1016/j.advnut.2024.01.002>
- Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention & UNICEF. (2021). *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) – RDC 2018-2019 : Rapport final*. Kinshasa : MSP. <https://mics.unicef.org/surveys>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2023a). *Allaitement maternel*. Genève : OMS. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breastfeeding>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2023b). *Allaitement maternel exclusif : recommandations et pratiques*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breastfeeding>
- Panard, P. (2022). *L'allaitement maternel exclusif : une pratique essentielle à la santé maternelle et infantile*. Éditions Santé Publique.
- Tang, X., Pan, J., Lee, A. H., Binns, C. W., & Sun, X. (2021). Workplace programmes for supporting breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutrition*, 24(14), 4645–4656. <https://doi.org/10.1017/S1368980021000048>
- Thomson, G., Williams, S., & Harris, M. (2019). Facteurs influençant la pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les mères en milieu rural. *BMC Public Health*, 19(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7589-6>
- Torrens, M. (2022). Attentes des mères concernant l'allaitement maternel exclusif : une étude qualitative. *Journal de la Périnatalité*, 39(2), 98-105. <https://doi.org/10.1016/j.jper.2022.01.007>
- UNICEF. (2022). *State of the World's Children 2022: For Every Child, Nutrition*. New York : UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children-2022>
- Zehnati, A., & Adel, S. (2024). Prévalence et déterminants de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons. *Médecine Tropicale et Santé Internationale*, 8(3), 123-135. <https://doi.org/10.1016/j.mtsi.2024.03.001>

© 2025 MASIKA, 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 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 21 June 2025
Accepted, 31 October 2025
Published, 8 November 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Olou, N.L., et al. (2025). Utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer dans 3 centres de planification familiale à Abidjan. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 235-246. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.16>

Research

Utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer dans 3 centres de planification familiale à Abidjan

Use of modern contraceptive methods among women of reproductive age in 3 family planning centers in Abidjan

Luc N'Guessan Olou^{1,2,*}, Abla Adakanou^{1,2}, Gomez Zoua^{1,2}, Adja Kobenan^{1,2}, Apollinaire Horo^{1,2}

¹ Département de la mère et de l'enfant, Université Félix-Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

² Service de gynécologie et d'obstétrique du Centre hospitalier et universitaire de Yopougon, Côte d'Ivoire.

* **Correspondance** : Email : olounguessan@yahoo.fr ; Tél : +225 0707362364 ;

Résumé

Cette étude, menée dans trois centres de planification familiale à Abidjan, visait à analyser l'usage des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer. Elle a permis de décrire leur profil sociodémographique, leurs préférences en matière de contraception ainsi que les motivations guidant leurs choix. Une enquête descriptive transversale a été réalisée auprès de 397 femmes, à l'aide d'un questionnaire structuré recueillant des données sur les caractéristiques sociales, les types de méthodes utilisées, les effets secondaires perçus et les raisons du recours à la contraception. Les résultats ont mis en évidence une population majoritairement jeune (47,9 % entre 20 et 30 ans) et peu instruite (42,8 % sans niveau scolaire). Les méthodes les plus utilisées étaient les injectables (41,6 %) et les implants (28,5 %), tandis que la pilule et le stérilet étaient moins fréquemment utilisés. Une prévalence importante des effets indésirables a été rapportée (85,4 %), les plus fréquents étant l'aménorrhée et la prise de poids. Nous avons noté que 75,4 % des participantes utilisaient la contraception dans le cadre du planning familial. Les résultats de ce travail s'inscrivent dans les tendances régionales où les méthodes longues durées dominent, tout en mettant en exergue les limites liées aux effets secondaires. En conclusion, cette étude appelle à une diversification de l'offre contraceptive, à un renforcement du conseil individualisé et à une intensification des actions de sensibilisation, en vue de garantir un accès plus éclairé, équitable et durable à la contraception moderne.

Mots-clés : contraception moderne, femmes en âge de procréer, planification familiale, santé reproductive, Abidjan

Abstract

This study, conducted in three family planning centers in Abidjan, aimed to analyze the use of modern contraceptive methods among women of reproductive age. It described their sociodemographic profile, their contraceptive preferences, and the motivations guiding their choices. A cross-sectional descriptive survey was conducted among 397 women, using a

structured questionnaire collecting data on social characteristics, types of methods used, perceived side effects, and reasons for using contraception. The results highlighted a population that was predominantly young (47.9% between 20 and 30 years old) and poorly educated (42.8% with no formal education). The most used methods were injectables (41.6%) and implants (28.5%), while the pill and IUD were less frequently used. A high prevalence of adverse effects was reported (85.4%), the most common being amenorrhea and weight gain. We noted that 75.4% of participants used contraception as part of family planning. The results of this work align with regional trends, where long-acting methods dominate, while also highlighting the limitations associated with side effects. In conclusion, this study calls for the diversification of contraceptive provision, the strengthening of individualised counselling, and the intensification of awareness-raising actions, with a view to guaranteeing more informed, equitable, and sustainable access to modern contraception.

Keywords: Modern Contraception, Women of Childbearing Age, Family Planning, Reproductive Health, Abidjan

1. Introduction

La santé reproductive constitue un pilier fondamental de la santé publique, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Parmi les interventions prioritaires, la planification familiale occupe une place stratégique dans la réduction de la mortalité maternelle, la prévention des grossesses non désirées et l'amélioration du bien-être des femmes en âge de procréer (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2023). Les méthodes contraceptives modernes – telles que les contraceptifs hormonaux, les dispositifs intra-utérins (DIU), les implants, les préservatifs, ou encore la stérilisation – sont reconnues pour leur efficacité et leur réversibilité (United Nations Population Fund [UNFPA], 2022). Cependant, malgré une disponibilité croissante, l'utilisation de la contraception moderne reste inégalement répartie, particulièrement en Afrique subsaharienne, où des obstacles d'ordre culturel, économique, éducatif et institutionnel persistent (Darroch et al., 2020). En Côte d'Ivoire, l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (Institut National de la Statistique [INS], 2022). rapporte un taux de prévalence contraceptive moderne de 27,8 % chez les femmes mariées ou en union, ce qui reste en deçà des objectifs de couverture universelle. Par ailleurs, des disparités importantes existent selon l'âge, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, la profession et l'accès aux soins (Institut National de la Statistique [INS], 2022). La prise de décision en matière contraceptive dépend non seulement de facteurs sociodémographiques, mais également des préférences personnelles, des expériences antérieures, des perceptions des effets secondaires et des motivations spécifiques (Sedgh et al., 2016). Ainsi, cette étude visait à décrire le profil socio-démographique des utilisatrices de contraceptifs modernes dans la ville d'Abidjan, à identifier leurs préférences en matière de méthodes, et à analyser les motivations guidant leur choix.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Cadre et lieux de l'étude

L'étude a été menée dans trois communes du district d'Abidjan : Anyama, Abobo et Yopougon.

Les centres de planification familiale qui ont été retenus sont:

- Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de l'Hôpital Général d'Anyama
- Le service de PMI du Centre Hospitalier Régional (CHR) Houphouët-Boigny d'Abobo
- Le service de PMI de la Formation Sanitaire Urbaine Communautaire (FSUCOM) Ouassakara à Yopougon.

Ces centres assurent la prise en charge en santé reproductive et offrent des services de planification familiale reconnus.

2.2. Période de l'étude et type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive multicentrique portant sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer. L'étude s'est déroulée sur trois mois, du 1er avril au 30 juin 2021.

2.3. Population d'étude

La population concernée comprenait les femmes âgées de 16 à 40 ans inclus, suivies dans les centres de PMI et utilisant une méthode contraceptive moderne.

2.3.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans cette étude :

- Les femmes âgées de 16 à 40 ans en activité génitale ;
- Les utilisatrices d'au moins une des méthodes contraceptives modernes suivantes : contraceptifs oraux, injectable , implants sous-cutanés ou dispositifs intra-utérins (stérilet TCU 380) ;
- Les femmes suivies régulièrement dans l'un des trois centres pendant la période d'étude et Mariées, en union libre ou célibataires.

2.3.2. Critères de non inclusion

N'Ont pas été incluses dans de l'étude :

- Les femmes enceintes au moment de l'enquête.
- Les femmes ayant une incapacité cognitive ou psychique qui ne permet pas une bonne compréhension ou une réponse fiable au questionnaire.
- Les femmes refusant de participer ou ne donnant pas leur consentement éclairé.

2.3.3. Méthode d'échantillonnage et taille de l'échantillon

Un échantillonnage non probabiliste de convenance a été utilisé. Les femmes ont été recrutées consécutivement à leur arrivée dans les centres jusqu'à atteinte de la taille d'échantillon prévue. La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule de Schwartz, en se basant sur une prévalence estimée de 20 % d'utilisation des contraceptifs modernes (EDS-CI 2016) avec $n = Z^2 \cdot p(1-p) / d^2$ en tenant compte d'un taux de non-réponse de 10 %, le nombre final était de 271 femmes.

2.4. Technique et outil de collecte des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré administré en face-à-face par des enquêteurs formés. Le questionnaire a été conçu en français et traduit oralement dans les principales langues locales au besoin. Le questionnaire comportait les sections suivantes :

- Caractéristiques socio-démographiques ;

- Méthodes contraceptives utilisées
- Effets indésirables rencontrés
- Principales motivations du choix

Un prétest a été effectué sur 20 femmes dans une structure non incluse, permettant d'ajuster les formulations et la durée d'administration (≈ 15 minutes par entretien).

2.5. Variables étudiées

Les variables collectées étaient uniquement descriptives :

- Variables sociodémographiques : âge, niveau d'instruction, statut matrimonial, nombre d'enfants vivants, profession, religion, niveau de revenu estimé ;
- Variables contraceptives:
 - o Type de méthode actuelle (pilule, injectable, DIU, implant, préservatif) ;
 - o Motifs du choix ;
 - o Effets secondaires ressentis ;

2.6. Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies et nettoyées sur Excel 2019, puis analysées à l'aide du logiciel SPSS version 26.0. Nous avons utilisé les statistiques usuelles (proportion, moyenne et écart-type) pour décrire notre échantillon.

2.7. 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-Ayama et de Yopougon Ouest. 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. 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.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques socio-démographiques et informations médicales

Nous avons colligé 1210 clientes entre le 1er Avril 2021 au 30 Juin 2021 parmi lesquels 397 ont répondu à nos critères d'inclusion. La prévalence contraceptive dans notre étude était de 32,8%.

Ces femmes étaient majoritairement âgées de 20 à 30 ans (47,9%), mariées ou en couple (72,6%), sans instruction (42,8%), ménagères ou commerçantes (80,6%), chrétienne (66%) et ivoirienne (92,4%). Elles vivaient majoritairement à yopougon (34,3%) la plus grande

commune d'Abidjan et avaient plus de 2 enfants (44,6%) (Tableau 1).

Tableau 1. Répartition des participantes selon les caractéristiques socio-démographiques et informations médicales (N = 397)

Variables	Effectif(n=397)	Fréquence (%)
Âge (ans)		
16 – 20	39	9,8 %
20 – 30	190	47,9 %
30 – 40	168	42,3 %
Âge moyen $\pm$ écart-type	28,6 $\pm$ 5,9 ans	
Statut matrimonial		
En couple	225	56,6 %
Célibataire	106	26,6 %
Mariée	64	16,0 %
Veuve	3	0,8 %
Niveau d'étude		
Aucun	170	42,8 %
Primaire	102	25,7 %
Secondaire	80	20,2 %
Universitaire	45	11,3 %
Lieu de résidence		
Yopougon	136	34,3 %
Anyama	133	33,5 %
Abobo	127	32,0 %
Autre	1	0,3 %
Profession		
Ménagère	182	45,8 %
Commerçante	138	34,8 %
Étudiante	37	9,3 %
Élève	15	3,8 %
Coiffeuse	12	3,0 %
Autre	13	3,3 %
Religion		
Chrétienne	262	66,0 %
Musulmane	133	33,5 %
Autres	2	0,5 %
Nationalité		
Ivoirienne	367	92,4 %
Non ivoirienne	30	7,6 %
Poids avant contraception		
30 – 60 kg	154	38,8 %
60 – 80 kg	195	49,1 %
80 – 100 kg	46	11,6 %
> 100 kg	2	0,5 %
Poids moyens avant contraception	62,8 $\pm$ 15,6 kg	
Poids après contraception		
30 – 60 kg	115	29,0 %
60 – 80 kg	214	53,9 %
80 – 100 kg	66	16,6 %
> 100 kg	2	0,5 %
Poids moyens après contraception	66,3 $\pm$ 15,5 kg	
Géstité		
Nulle	49	12,3 %
Inférieure à 2	171	43,1 %
Supérieure à 2	229	57,7 %
Géstité moyenne	2,16 $\pm$ 1,25	
Parité		
Nulle	20	5,0 %
Inférieure à 2	148	37,3 %
Supérieure à 2	177	44,6 %
Parité moyenne	1,97 $\pm$ 1,08	
Antécédents médicaux		
Hypertension artérielle	21	5,3 %
Diabète	6	1,5 %

Drépanocytose	16	4,0 %
Total avec antécédents	49	12,3 %

3.2. Préférences contraceptives

La majorité des participantes à notre étude utilisaient la méthode injectable (41,5 %) suivie des implants (28,5 %). La pilule, quant à elle, ne concernait que 15,1 % des femmes (n = 60), ce qui traduisait une utilisation plus modérée (Figure 1).

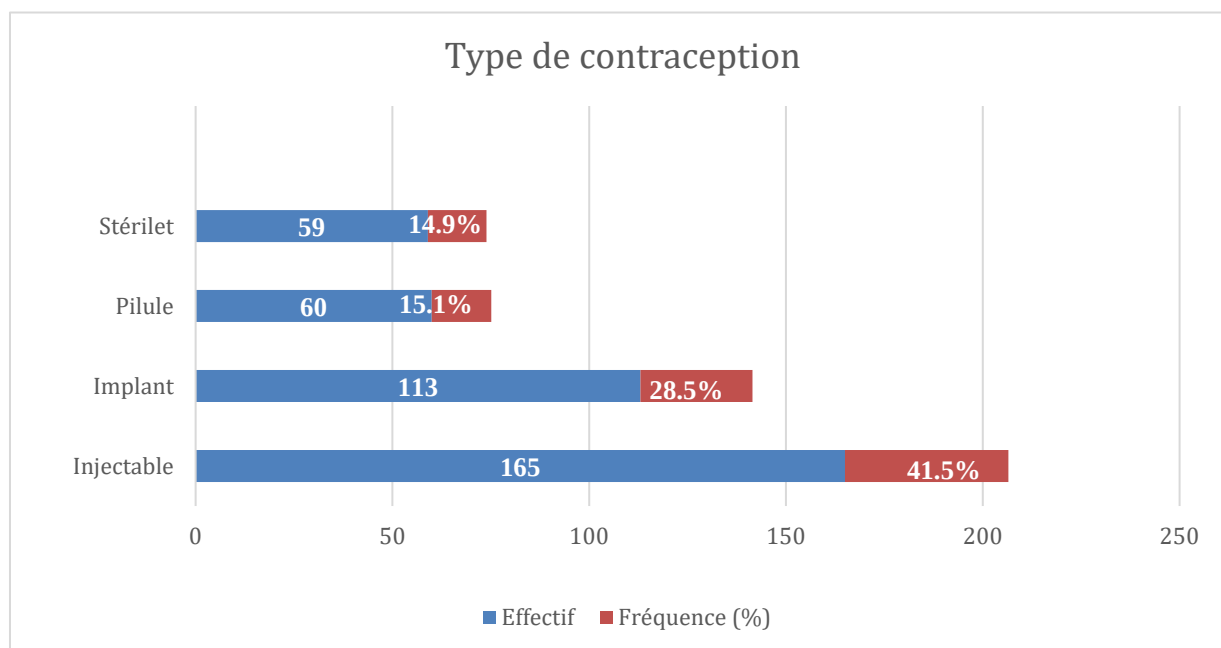


Figure 1: Répartition des femme selon le type de contraception

3.3. Les effets indésirables observés

Parmi les 397 femmes interrogées, 339 ont signalé au moins un effet indésirable lié à la contraception, soit une prévalence de 85,4 %. L'aménorrhée a été le symptôme le plus fréquent, rapporté par 216 femmes (54,3 %). Elle a été suivie par la prise de poids (207 cas, 52,1 %) et les saignements prolongés ou abondants (201 cas, 50,6 %). La mastodynies touche 115 femmes (29,0 %) et le spotting 101 femmes (25,4 %). Des effets plus rares ont inclus les troubles de l'humeur et les kystes ovariens (0,8 % chacun), ainsi que les douleurs pelviennes et les troubles de la libido (0,3 %) (voir Tableau 2).

Tableau 2. Répartition des femmes selon le type d'effet indésirables

Types d'effets indésirables signalés (n= 339)	Effectif (n)	Fréquence (%)
Prise de poids	207	52,1
Méno/métrorragies (saignements prolongés ou abondants)	201	50,6
Mastodynies (douleurs aux seins)	115	29,0
Spotting (saignements irréguliers)	101	25,4
Céphalées (maux de tête)	47	11,8
Vertiges	36	9,1

Douleurs cicatricielles (implant)	7	1,8
Perte de poids	13	3,3
Acné	12	3,0
Troubles de l'humeur	3	0,8
Kyste ovarien	3	0,8
Douleurs pelviennes	1	0,3
Troubles de la libido	1	0,3
Aménorrhée	216	54,3

3.4. Motivations du choix contraceptif

La figure 2 révèle que sur un total de 397 femmes, 75,38 % (soit 294 participantes) ont utilisé les méthodes contraceptives principalement dans le cadre du planning familial et 26,41 % (soit 103 femmes) ont eu recours à la contraception par un simple désir de contraception.

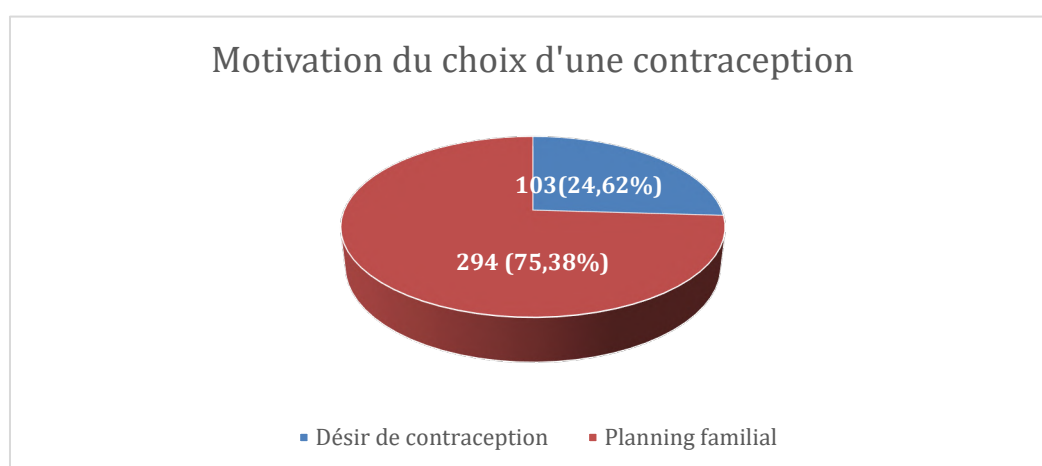


Figure 2: Répartition des femmes selon les motivations du choix de la contraception

4. Discussion

Dans ce travail, la prévalence du contraceptif moderne était de 32,8 % et plus de la moitié des femmes n'utilisaient pas les méthodes contraceptives en dépit de l'information dont elles disposaient. Cette prévalence contraceptive reste au-dessus de la moyenne nationale (étude PMA, 2024) et de l'Afrique de l'ouest (UNFPA, 2024).

Notre étude a mis en évidence un profil sociodémographique dominé par des jeunes femmes (47,9%) dont l'âge est compris entre 20 et 40 ans ; ayant un niveau d'éducation relativement modeste, souvent limité à l'enseignement primaire ou secondaire. Selon les recherches de Konan et al. (2023), il est apparu que les jeunes filles scolarisées à Abidjan avaient montré une utilisation limitée des contraceptifs, malgré leur connaissance de ces méthodes. Coulibaly et al. (2023) avaient confirmé cette prédominance des jeunes femmes dans la demande contraceptive. Dans cette enquête conduite à l'Institut National de Santé Publique d'Abidjan, il a été montré que 75,8 % des participantes étaient âgées de 15 à 34 ans, avec une proportion importante de femmes non scolarisées (40,7 %). Dans ce travail, il a été montré que la majorité

de femmes (83,4%), bien qu'informées des Méthodes Contraceptives, les ont utilisées faiblement (36%). Ces résultats corroborent ceux de Coulibaly et al. (2020), qui avait souligné l'influence déterminante des barrières socioculturelles telles que l'illettrisme, les croyances religieuses, la crainte des effets secondaires et le pouvoir décisionnel des conjoints dans le renoncement à la contraception. Cette tendance est aussi retrouvée dans la littérature africaine à travers l'étude de Acotchéou (2023) qui avaient montré que les barrières éducatives et socio-économiques freinent l'accès aux services contraceptifs, particulièrement dans les zones rurales et périurbaines.

En ce qui concerne les méthodes contraceptives utilisées, les contraceptifs injectables, suivis des implants ont été les plus utilisées, tandis que le recours au stérilet (dispositif intra-utérin, DIU) est resté marginal. Ce constat s'aligne avec les résultats de plusieurs études menées en Afrique subsaharienne, où la commodité, la longue durée d'action et la discrétion associées aux injectables et aux implants expliquent leur popularité croissante (Ahmed et al., 2019). Par ailleurs Le Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) de Côte d'Ivoire a reconnu que les méthodes de longue durée, telles que l'implant et l'injectable, sont plus facilement intégrées dans les stratégies communautaires de planification familiale (PNSME, 2024). Cependant, Sur le plan mondial, particulièrement dans les pays où la contraception est largement utilisée, l'emploi du DIU est nettement plus fréquent. Cela souligne une inégalité significative en termes d'acceptation, d'information et d'accès aux méthodes contraceptives modernes (Ahmed et al., 2019; OMS, 2022).

La prévalence élevée des effets indésirables (plus de 85%) rapportés dans notre série est superposable avec celle observée dans la littérature variant entre 80% et 90% selon les contextes (Schrumpf, 2020; Rothschild, 2022). Parmi ces effets, l'aménorrhée, la prise de poids et les saignements abondants constituaient les motifs de changement ou d'abandon les plus fréquents : par exemple, une absence de règles avait doublé le risque de changement de méthode (Rothschild, 2022). La majorité des femmes qui ont utilisé la contraception dans notre étude ont été motivée par la limitation des naissances qui en phase avec les données nationales récentes en Côte d'Ivoire, où près de 1 590 000 femmes avaient utilisé une méthode moderne en 2023 (Family Planning 2030 Côte d'Ivoire, 2024). En outre, la volonté personnelle en matière de contraception est un facteur non négligeable, indiquant une autonomie accrue des femmes en milieu urbain. Des études à l'échelle régionale ont prouvé que l'emploi de contraceptifs est influencé par des facteurs d'ordre personnel, relationnel et social, au-delà des simples enjeux de maîtrise des naissances (Darteh, 2021). Les résultats de cette étude nous amène à proposer des recommandations et politiques concrètes en matière de santé reproductive et de

planification familiale en Côte d'Ivoire. Il s'agit de:

1. L'amélioration de l'enseignement sur la santé reproductive et de la sensibilisation au niveau communautaire.

L'analyse révèle que la plupart des utilisatrices sont jeunes et peu éduquées, ce qui met en évidence l'importance cruciale d'améliorer les systèmes d'information, d'éducation et de communication (IEC) dans le domaine de la santé reproductive. Ainsi, concevoir des programmes de sensibilisation basés sur des moyens de communication appropriés à la réalité socioculturelle locale (radios communautaires, influenceurs, éducateurs pairs permettra d'atteindre efficacement les communautés les plus fragiles.

2. L'élargissement de l'éventail de méthodes contraceptives et perfectionnement de la qualité des conseils

L'usage prévalent des méthodes par injection et des implants révèle une sélection limitée de contraceptifs, parfois imposée par les établissements de santé. Il est donc essentiel de favoriser une plus large gamme de méthodes contraceptives, y compris les dispositifs intra-utérins (DIU) et les alternatives hormonales, en assurant un accès informé et autonome au choix de la contraception. Il est donc nécessaire d'améliorer les compétences des professionnels de la santé sur la consultation personnalisée, prenant en considération les préférences, le cadre de vie et les historiques médicaux des usagères.

3.L'approche globale pour gérer les effets indésirables

La survenue d'effet indésirable des contraceptifs constitue un obstacle à l'adhésion et la persistance des méthodes de contraception sur la durée. Il est donc important de mettre en place un système de suivi de celles-ci sur la prise en charge médical de ces effets indésirable et un appui psycho-social approprié. Tous cela passe par une bonne formation des professionnels de santé sur la gestion empathique de ces effets tout en combattant les idées préconçues négatives et les croyances stigmatisantes au sein des communautés.

4. La considération des facteurs socio-économiques dans l'élaboration des politiques de santé reproductive.

L'accès inégal à la contraception est fortement influencé par des éléments socio-économiques et éducatifs. Par conséquent, il serait bénéfique pour les politiques publiques d'adopter une perspective multisectorielle, qui engloberait non seulement le domaine de la santé, mais également ceux de l'éducation, de la jeunesse et du développement social.

5. L'encouragement de l'émancipation des femmes et du choix libre en matière de contraception

L'utilisation de la contraception par choix personnel, constatée chez un nombre croissant de

femmes, reflète une tendance à l'émancipation et à l'autonomisation qui mérite d'être soutenue. Il est donc conseillé de promouvoir les actions qui visent à augmenter l'autorité décisionnelle des femmes, y compris l'éducation des filles, l'intégration économique des femmes.

LIMITE DE L'ETUDE

Cette étude présente plusieurs limites importantes à considérer. D'abord, sa nature transversale empêche toute analyse inférentielle entre l'utilisation des contraceptifs et les effets indésirables observés, limitant ainsi la compréhension de l'évolution des comportements. De plus, le recrutement limité à trois centres de planification familiale à Abidjan restreint la représentativité des résultats, notamment pour les populations rurales ou semi-urbaines souvent sous-représentées. Par ailleurs, les données reposent sur des déclarations auto-rapportées, ce qui expose à des biais de mémoire et de désirabilité sociale en ce qui concerne les effets secondaires et les motivations. Enfin, cette étude ne prend pas en compte certains déterminants contextuels comme le rôle des partenaires ou les contraintes économiques, ce qui limite l'interprétation globale des résultats. Ces limites suggèrent la nécessité d'études complémentaires, notamment longitudinale et inférentielle, pour une meilleure compréhension des pratiques contraceptives en Côte d'Ivoire.

Conclusion

Cette étude menée auprès de femmes en âge de procréer dans trois centres de planification familiale à Abidjan révèle une nette préférence pour les méthodes contraceptives à longue durée d'action, notamment l'injectable et l'implant. La majorité des participantes utilisent la contraception dans le cadre du planning familial, soulignant leur volonté de maîtriser leur fécondité. Par ailleurs, une prévalence élevée d'effets indésirables est observée, avec des symptômes tels que l'aménorrhée et la prise de poids, ce qui peut influencer la continuité de l'utilisation des méthodes. Ces résultats s'inscrivent en cohérence avec les études récentes en Afrique subsaharienne et à l'international. Il est donc crucial de renforcer les programmes de sensibilisation, d'améliorer la qualité du suivi médical et d'adapter l'offre contraceptive aux besoins spécifiques des utilisatrices. En outre, une approche intégrée prenant en compte les dimensions socioculturelles et sanitaires est nécessaire afin d'optimiser l'accès et l'acceptabilité des contraceptifs, favorisant ainsi une meilleure santé reproductive pour les femmes.

Conflit d'intérêt

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

Références

- Ahmed, S., Choi, Y., Rimon, J. G., Alzouma, S., Gichangi, P., Guiella, & Tsui, A. (2019). Trends in contraceptive prevalence rates in sub-Saharan Africa since the 2012 London Summit on Family Planning : Results from repeated cross-sectional surveys. *The Lancet Global Health*, 7(7), e904–e911. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30200-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30200-1)
- Acotchéou, P. E., Affo, M. A., Dansou, J., Delvaux, T., & Saizonou, Z. J. (2023). La pratique contraceptive moderne chez les adolescentes au Bénin: Tendances, déterminants et perspectives / Modern contraceptive use among adolescents in Benin: trends, determinants and prospects. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(5). <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2267200>
- Coulibaly, K. S. A., Yéo, K. J., & Konan, L. L. (2023). Connaissances et utilisation de la contraception moderne chez les femmes venues en consultation à l’Institut National de Santé Publique d’Abidjan. *Revue Marocaine de Santé Publique*, 10(16), 85–95. <https://doi.org/10.34874/IMIST.PRSM/RMSP/31462>
- Coulibaly, M., Doukouré, D., Kouamé, J., Ayékoé, I. A., Méléde-Koumi, M.-D., Malik, S., & Kouadio, L. (2020). Obstacles socioculturels liés à l’utilisation de la contraception moderne en Côte d’Ivoire. *Santé Publique*, 32(4), 389–397. <https://doi.org/10.3917/spub.204.0389>
- Darteh, E. K. M., Dickson, K. S., & Doku, D. T. (2021). Barriers to and motivations for contraceptive use among young people in Sub-Saharan Africa: A systematic review of qualitative studies. *PLOS ONE*, 16(6), e0252745. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252745>
- Darroch, J. E., Woog, V., Bankole, A., & Ashford, L. S. (2020). Adding it up: Investing in sexual and reproductive health 2019. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>
- Family Planning 2030 Côte d’Ivoire. (2024). Indicator Summary Sheet: Côte d’Ivoire 2024. <https://fp2030.org>
- FP2030. (2023). Stratégie nationale de planification familiale – Côte d’Ivoire. <https://fp2030.org>
- Institut National de la Statistique (INS), & UNICEF. (2022). Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 2021) : Résultats clés – Côte d’Ivoire. <https://mics.unicef.org/>
- Konan, N. S., Attoh-Touré, H., & Ekra, K. D. (2023). Méthodes contraceptives chez les jeunes filles élèves et grossesses en milieu scolaire dans un établissement secondaire à Abidjan. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 5(2), 74–81.
- UNFPA West and Central Africa Regional Office. (2024). Acceleration Paper #3: Towards zero unmet need for family planning in West and Central Africa. UNFPA. https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/202408/%233_Acceleration%20Paper_Zero%20unmet%20need%20FP_v4%20%281%29.pdf
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2023). Planification familiale/Contraception. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Institut National de la Statistique (INS) et ICF. (2017). *Enquête Démographique et de Santé de Côte d’Ivoire 2016*. Abidjan, Côte d’Ivoire : INS et ICF.
- Programme national de santé de la mère et de l’enfant (PNSME-Côte d’Ivoire). (2024, 3 novembre). Planification familiale : la Côte d’Ivoire veut faire un « bond » dans sa prévalence contraceptive. APA-News.
- Rothschild, C., Richardson, B., Guthrie, B., Kithao, P., Omurwa, T., Mukabi, J., & Drake, A. (2022). Contributions of side effects to contraceptive discontinuation and method switch among Kenyan women: A prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(6), 926–937. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17032>
- Schrumpf, L. A., Stephens, M. J., Nsarko, N. E., Akosah, E., Baumgartner, J. N., Ohemeng-,

- & Watt, M. H. (2020). Side effect concerns and their impact on women's uptake of modern family planning methods in rural Ghana : A mixed methods study. *BMC Women's Health*, 20(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-0885-0>
- Sedgh, G., Ashford, L. S., & Hussain, R. (2016). Unmet need for contraception in developing countries: Examining women's reasons for not using a method. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2022). State of world population 2022: Seeing the unseen – The case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy. <https://wcaro.unfpa.org/en/publications/state-world-population-report-2022>
- World Health Organization (WHO). (2022). Family planning: A global handbook for providers.

© 2025 OLOU, 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 (2)

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

Received, 30 July 2025

Accepted, 1 November 2025

Published, 12 November 2025

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

To cite: Dahourou., et al. (2025). Prévalence de l'inactivité physique et facteurs associés chez les étudiants de l'Université Joseph Ki-Zerbo à Ouagadougou au Burkina Faso. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 247-257. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.17>

Research

Prévalence de l'inactivité physique et facteurs associés chez les étudiants de l'Université Joseph Ki-Zerbo à Ouagadougou au Burkina Faso

Prevalence of physical inactivity and associated factors among students at Joseph Ki-Zerbo University in Ouagadougou, Burkina Faso

Désiré Lucien Dahourou^{1*}, Sékou Oumar Traore², Ter Tiero Elias Dah³, Danielle Yugbaré Belemsaga¹, Henri Gautier Ouédraogo¹,

¹Département Biomédical/Santé Publique, Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS/CNRST), Ouagadougou, Burkina Faso

² Secrétariat Technique des Réformes sur le Financement de la Santé, Ministère de la Santé, Burkina Faso

³Département de santé publique – Université Lédeya Bernard Ouédraogo– Ouahigouya – Burkina Faso.

*Correspondance : ddahourou@yahoo.fr ; Tel : +226 70130196

Résumé

L'inactivité physique est un facteur de risque de maladies non transmissibles à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité importantes dans le monde. L'objectif de cette étude était d'estimer la prévalence de l'inactivité physique et d'identifier ses facteurs associés chez les étudiants à Ouagadougou (Burkina Faso). Nous avons conduit une étude transversale entre le 1er avril et 30 juin 2024 auprès d'étudiants de l'Université Joseph Ki-Zerbo qui résidaient dans les cités universitaires de la ville de Ouagadougou, aléatoirement sélectionnés. Nous avons estimé la prévalence de l'inactivité physique (durée de l'activité physique inférieure à 45 min et une fréquence inférieure à 3 fois par semaine) et identifié ses facteurs associés par une régression logistique. Au total, 363 étudiants ont participé à l'étude. La majorité était de sexe masculin (52,34%). La moyenne d'âge des étudiants était de 23,10 ans (écart type : 2,48 ans). La prévalence de l'inactivité physique était de 64,46% (IC95% : 59,30% ; 69,39%). En analyse ajustée, l'inactivité physique était associée à la cité universitaire de résidence (odds ratio ajusté [ORa] : 1,96 ; IC95% : 1,07–3,58), au sexe féminin (ORa : 2,81 ; IC95% : 1,75–4,50), au fait de déclarer présenter un problème de santé (ORa : 2,07 ; IC95% : 1,18–3,64). Environ six étudiants sur 10 étaient physiquement inactifs. Il est urgent de promouvoir et de mettre en place des interventions adaptées visant la promotion de la pratique de l'activité physique afin de prévenir les maladies non transmissibles et d'améliorer la santé des étudiants.

Mots-clés : Activité physique, Étudiants, Cités universitaires, Université Joseph Ki-Zerbo

Abstract

Physical inactivity is a risk factor for non-communicable diseases, which cause significant morbidity and mortality worldwide. The aim of this study was to estimate the prevalence of physical inactivity and identify its associated factors among students in Ouagadougou (Burkina Faso). We conducted a cross-sectional study from April 1 to June 30, 2024, among randomly selected students of the Joseph Ki-Zerbo University residing in the university's halls of residence in Ouagadougou. We estimated the prevalence of physical inactivity (defined as a duration of physical activity of less than 45 minutes and a frequency of less than 3 times a week) and identified its associated factors using logistic regression. A total of 363 students took part in the study. The majority were male (52.34%). The mean age of the students was 23.10 years (standard deviation: 2.48 years). The prevalence of physical inactivity was 64.46% (95%CI: 59.30%; 69.39%). In an adjusted analysis, physical inactivity was associated with the university residence (adjusted odds ratio [aOR]: 1.96; 95%CI: 1.07-3.58), female gender (aOR: 2.81; 95%CI: 1.75-4.50), and self-reported health problems (aOR: 2.07; 95%CI: 1.18-3.64). Around six out of 10 students were physically inactive. Around six out of 10 students were physically inactive. There is an urgent need to promote and implement adapted interventions that encourage the practice of physical activity to prevent non-communicable diseases and enhance student health.

Key words: Physical activity, Students, University residences, Joseph KI-ZERBO University

1. Introduction

L'inactivité physique est définie comme le non-respect des recommandations d'au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse par semaine (Bull et al. 2020). Quant au comportement sédentaire, il est défini comme tout comportement non endormi qui utilise une dépense énergétique minimale ($\leq 1,5$ équivalents métaboliques [MET]) et qui est effectué dans une posture assise, allongée ou couchée (Tremblay et al. 2017). L'inactivité physique et les comportements sédentaires concourent à l'augmentation du risque de développer des maladies non transmissibles (MNT), telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et les cancers. En outre, l'activité physique est bénéfique pour la qualité du sommeil et la santé mentale, notamment en termes de prévention d'une baisse des fonctions cognitives et des symptômes de dépression et d'anxiété (Lignes Directrices de l'OMS Sur l'activité Physique et la Sédentarité: En un Coup D'oeil 2020; Perrotton et Secretan 2017; Wang, Xin, et Pan 2025). Les comportements sédentaires et l'inactivité physique se répandent dans le monde en raison du manque d'espaces disponibles pour faire de l'exercice physique, de l'augmentation des comportements professionnels sédentaires tels que le travail de bureau et de la pénétration accrue de la télévision et des téléphones (Edelmann et al. 2022; Park et al. 2020). Le coût mondial des soins de santé liés aux conséquences de l'inactivité physique et des comportements sédentaires était estimé à 150 milliards de dollars en 2013 (Ding et al. 2016). Une réduction donc de l'inactivité physique et des comportements sédentaires pourrait réduire la morbidité des MNT et augmenter l'espérance de vie (Katzmarzyk et Lee 2012).

Le cadre théorique de l'activité physique et de la participation aux activités sportives montre que l'activité physique diminue de la petite enfance à l'âge adulte (Westerbeek et Eime 2021). En effet, l'activité physique commence à diminuer dès l'entrée à l'école primaire puis pendant le cursus scolaire et universitaire, tandis que le temps passé assis s'accumule de plus en plus. La phase de transition dans la vie d'étudiant est caractérisée par l'adoption de comportements inadéquats en matière de santé,

notamment l'inactivité physique et des comportements sédentaires (Ferreira et al. 2016a; Wengreen et Moncur 2009). Des niveaux insuffisants d'activité physique et des niveaux élevés de sédentarité sont susceptibles d'avoir un impact négatif sur la santé des étudiants, mais peuvent également influencer leurs capacités cognitives, leur apprentissage, leurs résultats scolaires et, plus généralement, leur réussite académique (Burkhalter et Hillman 2011). Malgré les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé encourageant au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine chez les adultes (Lignes Directrices de l'OMS Sur l'activité Physique et la Sédentarité: En un Coup D'oeil 2020), de nombreuses données suggèrent une fréquence élevée de l'inactivité physique chez les étudiants, avec une tendance préoccupante à l'augmentation du temps passé en position assise (Ferreira et al. 2016b). Des facteurs ont été identifiés dans la littérature comme favorisant l'inactivité physique. En effet, l'âge avancé (22-30 ans), étudier dans un pays à revenu faible ou intermédiaire inférieur et le manque de soutien social étaient associés à l'inactivité physique (Pengpid et al. 2015). À cela s'ajoutent le manque d'installations sportives ou de loisirs (Park et al. 2020), le sexe, le tabagisme et le niveau d'étude (Otmani et al. 2014). D'autres obstacles tels que la situation financière, la situation de vie actuelle et l'état de santé peuvent également limiter la pratique de l'activité physique. Ces obstacles ont été le plus souvent rapportés chez des étudiants de sexe masculin qui étaient obèses, fumeurs et avaient un revenu inférieur à la moyenne (Ilić et al. 2022).

Au Burkina Faso, l'activité physique n'est pas incluse dans les curricula de formation académique des étudiants. Les infrastructures permettant la pratique de l'activité physique et sportive sont insuffisantes et souvent inadéquates. Les conditions de vie sociale et d'étude difficiles pourraient être un frein à la promotion de l'activité physique par les étudiants. Dans ce contexte, notre objectif général était d'estimer la prévalence de l'inactivité physique chez les étudiants de l'Université Joseph Ki-Zerbo, à Ouagadougou, au Burkina Faso. De manière spécifique, il s'agissait d'identifier chez ces étudiants les facteurs associés à l'inactivité physique. Une meilleure compréhension de l'ampleur de l'inactivité physique et de ses déterminants chez les étudiants permettrait de guider des interventions pour l'amélioration de leur santé.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Cadre, type et période d'étude

Nous avons conduit une étude transversale entre le 1er avril et 30 juin 2024 dans la ville de Ouagadougou, capitale du Burkina Faso. En 2019, la commune de Ouagadougou avait une population de 2 966 307 habitants, répartie sur une superficie de 2 805 km². Elle est, de par sa population, ses infrastructures socio-économiques et politiques, la plus grande ville et compte 55 secteurs et 12 arrondissements. En 2024, on y dénombrait soixante-dix (70) universités dont quatre publiques. Les étudiants fréquentant les universités publiques viennent de toutes les régions du Burkina Faso et aussi de l'étranger. Trois cités dans la ville de Ouagadougou (Kossodo, de la Patte d'Oie et de l'Institut des Sciences (IDS)) accueillent des étudiants. La proportion des étudiants résidant dans les cités universitaires de la ville de Ouagadougou était de 4,7 % de la population des étudiants de l'université Joseph Ki-Zerbo, principale université de la ville. Dans l'enceinte de chaque cité, il y a un centre de santé et un restaurant universitaire. Les cités étant logées dans des quartiers plus ou moins distants de l'université, les étudiants s'y rendent à leur propre moyen de déplacement (vélo ou motocyclette) ou en transports en commun. En termes d'infrastructures sportives, ces trois cités universitaires disposent chacune d'un terrain de football. De plus, les cités universitaires de Kossodo et de l'IDS disposent d'un plateau omnisport permettant la pratique des sports de main.

2.2. Population d'étude et échantillonnage

La population de notre étude était constituée des étudiants inscrits à l'Université Joseph Ki-Zerbo, résidant dans les cités universitaires de Kossodo, de la Patte d'Oie et de l'IDS. Les données de cette étude ont été collectées dans le but d'estimer le fardeau de la dépression et de l'anxiété chez les étudiants. Pour l'estimation de la taille de l'échantillon, en l'absence de données sur la prévalence des troubles de la santé mentale chez les étudiants au Burkina Faso, nous avons estimé à 50% la proportion d'étudiants présentant une détresse mentale (anxiété et dépression). Avec une précision de 5% et en tenant compte d'une proportion de non-répondants de 10%, une taille de l'échantillon d'au moins 363 étudiants était nécessaire. La technique d'échantillonnage utilisée était un échantillonnage stratifié proportionnel au nombre d'étudiants résidents dans chaque cité universitaire : cité de Kossodo (56 %), cité de la Patte d'Oie (22 %) et cité de l'IDS (22 %). Dans chaque cité universitaire, nous avons fait un échantillonnage aléatoire simple en générant sur une feuille de calcul Excel des nombres aléatoires pour identifier les numéros de lits des chambres des cités universitaires. Ces numéros nous ont permis de retrouver les étudiants occupant ces chambres pour la collecte des données.

2.3.Collecte des données

Elle s'est déroulée entre le 1er avril et le 30 juin 2024 et a été effectuée par des enquêteurs formés. La collecte s'est faite au moyen d'un questionnaire numérisé sur l'application Kobocollect sur des smartphones. Le questionnaire était auto-administré et les enquêteurs étaient sollicités en cas de difficultés de tout genre.

2.4.Variables de l'étude

La principale variable dépendante était l'inactivité physique (Oui/Non). L'inactivité physique a été défini comme une durée de l'activité physique inférieure à 45 min et une fréquence inférieure à 3 fois par semaine (Lignes Directrices de l'OMS Sur l'activité Physique et la Sédentarité: En un Coup D'oeil 2020).

Les variables indépendantes étaient les caractéristiques socio-économiques (l'âge, le sexe, la résidence, le fait d'avoir un ou des ami(s), le moyen de déplacement utilisé pour ses activités quotidiennes), les habitudes alimentaires et mode de vie (consommation de tabac, consommation de café, consommation de thé, consommation d'alcool, consommation de drogue) ; l'état de santé rapporté par l'étudiant et les informations sur les études académiques (unité de formation et de recherche, niveau d'étude, le redoublement, le retard ou chevauchement de semestre, statut boursier ou non de l'étudiant, la perception sur le calendrier de cours).

2.5.Analyse statistique

Une analyse descriptive des données a été effectuée (estimation des moyennes et des écarts-types pour les variables quantitatives et des effectifs et des fréquences pour les variables qualitatives).

Une régression logistique univariée a été effectuée pour l'identification des facteurs associés à l'inactivité physique. Afin de prendre en compte des facteurs de confusion potentiels, les variables qui, à l'issue de l'analyse univariable, avaient une p-value < 0,20 ont été sélectionnées pour la régression logistique multivariable. Le modèle final a été obtenu par une procédure pas à pas descendante manuelle. Le seuil de significativité était de 5%. Le logiciel STATA dans sa version 16 a été utilisé pour l'analyse des données.

2.6.Considérations éthiques

L'étude a été réalisée après l'approbation du Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé (CERS) (délibération numéro 2024-04-103) et l'obtention de l'autorisation de la direction générale du Centre National des Œuvres Universitaires (CENOU) (numéro 2024/000097/CENOU/DG/SG/DPSASPV). Un consentement libre et éclairé verbal des étudiants était requis avant l'administration du

questionnaire. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés dans le traitement et l'analyse des données.

3. Résultats

Au total 363 sur les 364 étudiants échantillonnés ont participé à l'étude, soit une proportion de répondant de 99,72 %.

3.1. Caractéristiques des participants

Notre échantillon était majoritairement constitué d'étudiants de sexe masculin (190/363 ; 52,34%) avec une sex-ratio de 1,09 (190 hommes/173 femmes). La moyenne d'âge des étudiants était de 23,10 ans (écart type : 2,48 ans) avec des extrêmes de 18 et 30 ans. Les étudiants âgés de 18-22 ans représentaient 42,42% de notre population d'étude. La majorité ont rapporté avoir des amis (338/363 ; 93,11%) et 44,08% (160/363) disposaient d'un moyen de déplacement pour leurs activités quotidiennes. Plus du dixième consommait l'alcool (11,85%, 43/363) et 1,65% (6/363) ont rapporté une consommation de drogue. Environ un quart (24,52% ; 89/363) des étudiants ont rapporté un problème de santé. Au total, 37,74% des étudiants (137/363) étaient inscrits à l'Unité de formation et de recherche/Lettres Arts et Communication (UFR/LAC). En ce qui concerne le niveau d'étude, 44,90% (163/363) étaient en licence1 (première année). Un étudiant sur 10 (37/363) était attributaire d'une bourse d'étude. Environ deux étudiants sur 10 (7,36%, 63/363) affirmaient avoir déjà redoublé à l'université, 12,40% (45/363) avaient des semestres de cours non validés. Plus de la moitié trouvait que leur calendrier de cours était trop chargé (53,72% ; 195/363). (Tableau 1).

Tableau I : Caractéristiques des étudiants ayant participé entre avril et juin 2024 à l'étude (N=363).

Variables	Effectif (n=363)	Pourcentage (%)
Age		
18-22 ans	154	42,42
23-25 ans	147	40,50
26-30 ans	62	17,08
Sexe		
Femme	173	47,66
Homme	190	52,34
Résidence universitaire		
Cité IDS	81	22,3
Cité Kossodo	201	55,4
Cité Patte d'Oie	81	22,3
Avez-vous des amis?		
Oui	338	93,11
Non	25	6,89
Moyen de déplacement		
Oui	160	44,08
Non	203	55,92
Consommation de tabac		
Oui	5	1,38
Non	358	98,62
Nombre de tasse de thé par jour		
Aucun	185	50,96
1-2	167	46,01
>=3	11	3,03
Nombre de tasse de café par jour		
Aucun	202	55,65
1-2	155	42,70
>=3	6	1,65
Consommation d'alcool		

Oui	43	11,85
Non	320	88,15
Consommation de drogue		
Oui	6	1,65
Non	357	98,35
Antécédant de santé		
Oui	89	24,52
Non	274	75,48
Unité de Formation et de Recherche		
LAC	137	37,74
SDS	49	13,50
SEA	37	10,09
SH	87	23,97
SVT	53	14,60
Niveau d'étude		
Licence1	163	44,90
Licence2	119	32,78
Licence3	69	19,01
Master 1 et plus	12	3,31
Statut de l'étudiant		
Boursier	37	10,19
Non Boursier	326	89,81
Avez-vous déjà redoublé à l'université ?		
Oui	63	17,36
Non	300	82,64
Avez des semestres non validés ?		
Oui	45	12,40
Non	318	87,60
Estimez-vous que le calendrier des cours est trop chargé ?		
Oui	195	53,72
Non	168	46,28
Anxiété		
Non	308	84,85
Oui	55	15,15
Dépression		
Non	279	76,86
Oui	84	23,14

2.2. Inactivité physique et facteurs associés

Au total, 234 étudiants ont rapporté une durée de l'activité physique inférieure à 45 min et une fréquence inférieure à 3 fois par semaine, soit une prévalence d'inactivité physique de 64,46% (Intervalle de Confiance à 95% [IC95%] : 59,30% ; 69,39%). A la régression logistique multivariable, le sexe féminin était significativement associé à un risque plus élevé d'inactivité physique (odds ratio ajusté [ORa] : 2,81 ; IC95% : 1,75–4,50) comparé aux hommes. Aussi les résidents de la Cité IDS avaient une probabilité significativement plus faible d'inactivité physique (ORa : 0,56 ; IC95% : 0,32–0,97), tandis que ceux résidents à la Cité Patte d'Oie présentaient une probabilité significativement plus élevée (ORa : 1,96 ; IC95% : 1,07–3,58). Enfin les étudiants ayant déclaré être malades avaient une probabilité significativement plus élevée d'inactivité physique (ORa : 2,07 ; IC95% : 1,18–3,64), comparés à ceux ne rapportant pas de maladie. Le tableau 2 présente les facteurs associés à l'inactivité physique à la régression logistique univariable et multivariable.

Tableau 2. Facteurs associés à l'inactivité physique chez les étudiants de l'Université Joseph Ki-Zerbo résidant dans les cités universitaires, avril à juin 2024 (N=363). (Régression logistique)

Variables	Inactivité physique		Analyse univariable		Analyse multivariable	
	Non	Oui	ORb [IC95%]	p	ORa [IC95%]	p
Sexe				0,0001		
Femme	44	129	2,37 [1,52 ;3,70]	0,000	2,80 [1,75 ;4,50]	0,000
Homme	85	105	Référence		Réf	
Résidence				0,02		0,0025
Cité_Kossodo	72	129	Référence		Réf	
Cité_IDS	37	44	0,66 [0,39 ;1,12]	0,12	0,55 [0,32 ;0,96]	0,038
Cité_Patte d'oie	20	61	1,70 [0,95 ;3,04]	0,07	1,95 [1,07 ;3,57]	0,03
Amis				0,07		
Oui	124	214	Référence			
Non	5	20	2,31 [0,85 ;6,33]	0,10		
Consommation de thé (tasse/jour)				0,08		
Aucun	59	126	Référence			
1-2	63	104	0,77 [0,49 ;1,20]	0,25		
>=3	7	4	0,26 [0,07 ;0,94]	0,04		
Consommation de café				0,0048		
Aucun	59	143	Référence			
>=1	70	91	0,53 [0,34 ;0,83]	0,005		
Problème de santé particulier				0,005		
Non	108	166	Référence		Référence	
Oui	21	68	2,11 [1,22 ;3,64]	0,007	2,07 [1,18 ;3,63]	0,01
UFR ^a				0,11		
LAC ^b	42	95	Référence			
SDS ^c	22	27	0,54 [0,27 ;1,06]	0,07		
SEA ^d	10	27	1,19 [0,53 ;2,68]	0,67		
SH ^e	30	57	0,84 [0,47 ;1,48]	0,55		
SVT ^f	25	28	0,49 [0,26 ;0,95]	0,03		
Statut de l'étudiant				0,08		
Boursier	18	19	Référence			
Non Boursier	111	215	1,83 [0,92 ;3,63]	0,08		
Avez-vous déjà redoublé à l'université ?				0,11		
Oui	17	46	1,61 [0,88 ;2,95]	0,12		
Non	112	188	Référence			
Avez des semestres non validés ?				0,04		
Non	119	199	Référence			
Oui	10	35	2,09 [1,00 ;4,38]	0,05		
Anxiété				0,43		
Non	112	196	Référence			
Oui	17	38	1,27 [0,69 ;2,36]	0,43		
Dépression				0,46		
Non	102	177	Référence			
Oui	27	27	1,22 [0,72 ;2,04]	0,46		

ORb : Odds ratio brute ; ORa: odds ratio ajusté; IC95% : Intervalle de confiance à 95% ; UFR : Unité de Formation et de Recherche ; LAC : Lettres Arts et Communication ; SDS : Sciences De la Santé ; SEA : Sciences Exactes et Appliquées ; SH : Sciences Humaines ; SVT : Sciences de la Vie et de la Terre.

4. Discussion

Notre étude qui a inclus des étudiants résidents dans les cités universitaires de la ville de Ouagadougou a rapporté une prévalence d'inactivité physique de 64,46%. L'inactivité physique était significativement plus élevée chez les étudiantes, chez les résidents de la cité universitaire de la Patte d'Oie, et chez les étudiants ayant rapporté un problème de santé particulier. Ces résultats suggèrent que l'inactivité physique est très prévalente chez les étudiants des universités publiques de la ville de Ouagadougou, et que ce facteur de risque comportemental est influencé par des déterminants sociodémographiques, et liés au cadre de vie. Nos résultats constituent une perspective inquiétante compte tenu des implications de l'inactivité physique sur le développement des MNT.

Cette prévalence élevée d'inactivité physique rapportée dans notre étude est similaire à celle rapportée dans une récente méta-analyse incluant les données de 23 pays africains (Ackah et al. 2022). Dans cette étude incluant des adolescents âgés entre 12 et 17 ans l'activité physique suffisante selon les recommandations de l'OMS variait de 11,6 % [9,2 %-14,5 %] au Soudan à 38,3 % [IC:30,2 %-47,1 %] au Bénin (Ackah et al. 2022). Nos résultats sont comparables également aux données rapportés dans d'autres régions du monde (AlKhenazi et al. 2025; Blake, Stanulewicz, et McGill 2017). Dans cette étude, nous avons estimé la prévalence de l'inactivité physique sans examiner les motivations perçues par les étudiants pour l'activité physique. Les obstacles perçus par les étudiants et de leur motivation à pratiquer une activité physique ont été cependant rapportés ailleurs. Elles comprenaient le sentiment de bien-être, la réduction du stress et l'esthétique, tandis que les obligations de la faculté constituent l'obstacle le plus important (Ilić et al. 2022). Il est important d'étudier dans notre contexte la motivation des étudiants et d'identifier les facilitateurs et les barrières à réaliser une activité physique suffisante. Il a été démontré que l'activité physique est associée à une meilleure qualité de vie et à une réduction de l'épuisement professionnel chez les étudiants en médecine (Taylor, Scott, et Owen 2022).

Dans notre échantillon, la probabilité de l'inactivité physique était significativement plus faible chez les hommes comparés aux femmes. Des études antérieures ont également montré que les étudiants de sexe masculin ont un niveau d'activité physique plus élevé que les étudiantes (Abrantes et al. 2022; Araujo et al. 2024; Edelmann et al. 2022; Otmani et al. 2014; Peltzer et al. 2014; Pengpid et al. 2015). Cette forte prévalence d'inactivité physique chez les femmes pourrait être liée aux normes sociales, de moindres opportunités de pratique physique, ou encore d'un sentiment d'insécurité dans certains espaces publics. Ces raisons font que les femmes prennent moins de plaisir et ont moins confiance en elles pour s'engager dans des activités physiques (Ricardo et al. 2022). Pour s'attaquer au fardeau croissant de l'inactivité physique et réduire l'écart entre les hommes et les femmes, il faudrait commencer par offrir davantage d'occasions de pratiquer une activité physique en toute sécurité et un meilleur accès aux interventions fondées des preuves sur l'activité physique, par investir dans la sensibilisation et par faire évoluer les normes socioculturelles. Cela est indispensable pour accroître l'engagement global en faveur de l'activité physique et d'atteindre l'objectif mondial de l'OMS en matière d'activité physique d'ici à 2030 (Organization 2019).

Le lieu de résidence était associé à l'inactivité physique. Comparés aux étudiants résidant dans la cité de Kossodo, résider à la cité universitaire de la Patte d'Oie était associée à une probabilité significativement plus élevée d'être en inactivité physique, tandis que résider à la cité IDS réduisait ce risque. Ces disparités entre les cités peuvent refléter des différences en termes d'aménagements favorables à l'activité physique (espaces verts, équipements sportifs), de perception de la sécurité dans chaque cité. Une cartographie des infrastructures et une enquête sur les pratiques quotidiennes dans les différentes résidences permettraient d'affiner ces hypothèses.

Les étudiants déclarant un problème de santé présentent également une probabilité significativement plus élevée d'inactivité physique. Ce lien peut s'expliquer par une limitation fonctionnelle imposée par certaines pathologies chroniques, mais il pourrait aussi témoigner d'un cercle vicieux où l'inactivité physique contribue à l'apparition ou à l'aggravation des maladies, notamment métaboliques ou cardiovasculaires (Ajufo et al. 2025; Henson, De Craemer, et Yates 2023). Ce résultat souligne l'importance d'une approche intégrée combinant prévention de l'inactivité physique et prise en charge adaptée des étudiants selon leur pathologie.

Notre étude présente quelques limites. Cette étude peut être sujette à un biais d'information. En effet, la pratique de l'activité physique a été déterminée sur la base des déclarations des étudiants. Les étudiants pourraient fournir des réponses tendant à sous-estimer ou surestimer l'activité physique. Notre échantillon est représentatif des étudiants résidents dans les cités universitaires de la ville de Ouagadougou. Nos résultats ne sont donc pas généralisables à l'ensemble des étudiants du Burkina Faso.

5. Conclusion

Au terme de notre étude, nous avons constaté que la prévalence de l'inactivité physique était préoccupante chez les étudiants résidents dans les cités universitaires de la ville de Ouagadougou. Nous préconisons la mise en œuvre de programmes ou d'ateliers visant à sensibiliser les étudiants aux effets néfastes de l'inactivité physique et à leurs conséquences sur la santé en général. Il est également important de doter les universités et les cités universitaires d'infrastructures adéquates et adaptées à la pratique de l'activité physique. Une approche concertée et multidisciplinaire incluant les acteurs de la santé, de l'éducation et de l'urbanisme est nécessaire pour la mise en œuvre d'une telle intervention. Ces interventions sont indispensables pour réduire le fardeau de l'inactivité physique afin d'améliorer la santé des étudiants.

Remerciements

Nous remercions les responsables du Centre National des Œuvres Universitaires (CENOU) du Burkina Faso et tous les participants de cette étude.

Conflit of Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Références

- Abrantes, Livia Carvalho Sette, Núbia de Souza de Moraes, Vivian Siqueira Santos Gonçalves, Sarah Aparecida Vieira Ribeiro, Catarina Maria Nogueira de Oliveira Sedyama, Sylvia do Carmo Castro Franceschini, Paulo Roberto Dos Santos Amorim, et Silvia Eloiza Priore. 2022. « Physical Activity and Quality of Life among College Students without Comorbidities for Cardiometabolic Diseases: Systematic Review and Meta-Analysis ». *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation* 31(7):1933-62. doi:10.1007/s11136-021-03035-5.
- Ackah, Martin, David Owiredu, Mohammed Gazali Salifu, et Cynthia Osei Yeboah. 2022. « Estimated prevalence and gender disparity of physical activity among 64,127 in-school adolescents (aged 12–17 years): A multi-country analysis of Global School-based Health Surveys from 23 African countries ». *PLOS Global Public Health* 2(10):e0001016. doi:10.1371/journal.pgph.0001016.
- Ajufo, Ezimamaka, Shinwan Kany, ämö Joel T. R, Timothy W. Churchill, J. Sawalla Guseh, Krishna G. Aragam, Patrick T. Ellinor, et Shaan Khurshid. 2025. « Accelerometer-Measured Sedentary Behavior and Risk of Future Cardiovascular Disease ». *JACC* 85(5):473-86. doi:10.1016/j.jacc.2024.10.065.
- AlKhenazi, Amna Kadhém, Fatema Naser Shakeeb, Salim Fredericks, et Declan Gaynor. 2025. « Physical Activity Levels, Recreational Screen Time, Sleep Quality and Mood among Young Adult Healthcare Students at an International University in Bahrain: A Cross-Sectional Study ». *BMJ Open* 15(5):e093655. doi:10.1136/bmjopen-2024-093655.
- Araujo, Raphael H. O., André O. Werneck, Clarice L. Martins, Luciana L. Barboza, Rafael M. Tassitano, Nicolas Aguilar-Farias, Gilmar M. Jesus, Robinson Ramírez-Vélez, Riki Tesler, Adewale L. Oyeyemi, Ellen C. M. Silva, Robert G. Weaver, Mark S. Tremblay, Javier Brazo-Sayavera, Grégore I. Mielke, et Danilo R. P. Silva. 2024. « Global Prevalence and Gender Inequalities in at Least 60 Min of Self-Reported Moderate-to-Vigorous Physical Activity 1 or More Days per Week:

- An Analysis with 707,616 Adolescents ». *Journal of Sport and Health Science* 13(5):709-16. doi:10.1016/j.jshs.2023.10.011.
- Blake, Holly, Natalia Stanulewicz, et Francesca McGill. 2017. « Predictors of Physical Activity and Barriers to Exercise in Nursing and Medical Students ». *Journal of Advanced Nursing* 73(4):917-29. doi:10.1111/jan.13181.
- Bull, Fiona C., Salih S. Al-Ansari, Stuart Biddle, Katja Borodulin, Matthew P. Buman, Greet Cardon, Catherine Carty, Jean-Philippe Chaput, Sebastien Chastin, Roger Chou, Paddy C. Dempsey, Loretta DiPietro, Ulf Ekelund, Joseph Firth, Christine M. Friedenreich, Leandro Garcia, Muthoni Gichu, Russell Jago, Peter T. Katzmarzyk, Estelle Lambert, Michael Leitzmann, Karen Milton, Francisco B. Ortega, Chathuranga Ranasinghe, Emmanuel Stamatakis, Anne Tiedemann, Richard P. Troiano, Hidde P. van der Ploeg, Vicky Wari, et Juana F. Willumsen. 2020. « World Health Organization 2020 Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour ». *British Journal of Sports Medicine* 54(24):1451-62. doi:10.1136/bjsports-2020-102955.
- Burkhalter, Toni M., et Charles H. Hillman. 2011. « A Narrative Review of Physical Activity, Nutrition, and Obesity to Cognition and Scholastic Performance across the Human Lifespan ». *Advances in Nutrition* 2(2):201S-206S. doi:10.3945/an.111.000331.
- Ding, Ding, Kenny D. Lawson, Tracy L. Kolbe-Alexander, Eric A. Finkelstein, Peter T. Katzmarzyk, Willem van Mechelen, Michael Pratt, et Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee. 2016. « The Economic Burden of Physical Inactivity: A Global Analysis of Major Non-Communicable Diseases ». *Lancet (London, England)* 388(10051):1311-24. doi:10.1016/S0140-6736(16)30383-X.
- Edelmann, Dennis, Daniel Pfirrmann, Sebastian Heller, Pavel Dietz, Jennifer L. Reichel, Antonia M. Werner, Markus Schäfer, Ana N. Tibubos, Nicole Deci, Stephan Letzel, Perikles Simon, et Kristin Kalo. 2022. « Physical Activity and Sedentary Behavior in University Students—The Role of Gender, Age, Field of Study, Targeted Degree, and Study Semester ». *Frontiers in Public Health* 10. doi:10.3389/fpubh.2022.821703.
- Ferreira, Rodrigo Wiltgen, Airton José Rombaldi, Luiza Isnardi Cardoso Ricardo, Pedro Curi Hallal, et Mario Renato Azevedo. 2016a. « [Prevalence of sedentary behavior and its correlates among primary and secondary school students] ». *Revista Paulista De Pediatria: Orgao Oficial Da Sociedade De Pediatria De Sao Paulo* 34(1):56-63. doi:10.1016/j.rpped.2015.06.005.
- Ferreira, Rodrigo Wiltgen, Airton José Rombaldi, Luiza Isnardi Cardoso Ricardo, Pedro Curi Hallal, et Mario Renato Azevedo. 2016b. « [Prevalence of sedentary behavior and its correlates among primary and secondary school students] ». *Revista Paulista De Pediatria: Orgao Oficial Da Sociedade De Pediatria De Sao Paulo* 34(1):56-63. doi:10.1016/j.rpped.2015.06.005.
- Henson, Joseph, Marieke De Craemer, et Thomas Yates. 2023. « Sedentary Behaviour and Disease Risk ». *BMC Public Health* 23(1):2048. doi:10.1186/s12889-023-16867-2.
- Ilić, Miloš, Huiwen Pang, Tomislav Vlaški, Maja Grujičić, et Budimka Novaković. 2022. « Motives and Barriers for Regular Physical Activity among Medical Students from the Western Balkans (South-East Europe Region) ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(23):16240. doi:10.3390/ijerph192316240.
- Katzmarzyk, Peter T., et I.-Min Lee. 2012. « Sedentary behaviour and life expectancy in the USA: a cause-deleted life table analysis ». *BMJ Open* 2(4):e000828. doi:10.1136/bmjopen-2012-000828.
- Lignes Directrices de l’OMS Sur l’activité Physique et la Sédentarité: En un Coup D’oeil. 2020. 1st ed. Geneva: World Health Organization.
- Organization, World Health. 2019. *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030: More Active People for a Healthier World*. World Health Organization.
- Otmani, N., Z. Serhier, et M. Bennani Othmani. 2014. « Activité physique et sédentarité chez les étudiants en médecine de la Faculté de médecine de Casablanca, Maroc ». *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique* 62:S218. doi:10.1016/j.respe.2014.06.151.
- Park, Jung Ha, Ji Hyun Moon, Hyeon Ju Kim, Mi Hee Kong, et Yun Hwan Oh. 2020. « Sedentary

- Lifestyle: Overview of Updated Evidence of Potential Health Risks ». *Korean Journal of Family Medicine* 41(6):365-73. doi:10.4082/kjfm.20.0165.
- Peltzer, Karl, Supa Pengpid, T. Alafia Samuels, Neslihan Keser Özcan, Carolina Mantilla, Onja H. Rahamefy, Mee Lian Wong, et Alexander Gasparishvili. 2014. « Prevalence of Overweight/Obesity and Its Associated Factors among University Students from 22 Countries ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11(7):7425-41. doi:10.3390/ijerph110707425.
- Pengpid, Supa, Karl Peltzer, Hemant Kumar Kassean, Jacques Philippe Tsala Tsala, Vanphanom Sychareun, et Falk Müller-Riemenschneider. 2015. « Physical Inactivity and Associated Factors among University Students in 23 Low-, Middle- and High-Income Countries ». *International Journal of Public Health* 60(5):539-49. doi:10.1007/s00038-015-0680-0.
- Perrotton, Marie, et Sarah Secretan. 2017. « Les déterminants à faire de l'activité physique ou à être inactif chez les étudiants ». <https://folia.unifr.ch/global/documents/315443>.
- Ricardo, Luiza Isnardi Cardoso, Andrea Wendt, Caroline Dos Santos Costa, Gregore Iven Mielke, Javier Brazo-Sayavera, Asaduzzaman Khan, Tracy L. Kolbe-Alexander, et Inácio Crochemore-Silva. 2022. « Gender Inequalities in Physical Activity among Adolescents from 64 Global South Countries ». *Journal of Sport and Health Science* 11(4):509-20. doi:10.1016/j.jshs.2022.01.007.
- Taylor, Charlotte E., Emma J. Scott, et Katherine Owen. 2022. « Physical Activity, Burnout and Quality of Life in Medical Students: A Systematic Review ». *The Clinical Teacher* 19(6):e13525. doi:10.1111/tct.13525.
- Tremblay, Mark S., Salomé Aubert, Joel D. Barnes, Travis J. Saunders, Valerie Carson, Amy E. Latimer-Cheung, Sebastien F. M. Chastin, Teatske M. Altenburg, et Mai J. M. Chinapaw. 2017. « Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome ». *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 14:75. doi:10.1186/s12966-017-0525-8.
- Wang, Hai, Xianyang Xin, et Yingxu Pan. 2025. « The best approaches and doses of exercise for improving sleep quality: a network meta-analysis and dose-response relationship study ». *BMC Public Health* 25(1):1371. doi:10.1186/s12889-025-22570-1.
- Wengreen, Heidi J., et Cara Moncur. 2009. « Change in Diet, Physical Activity, and Body Weight among Young-Adults during the Transition from High School to College ». *Nutrition Journal* 8(1):32. doi:10.1186/1475-2891-8-32.
- Westerbeek, Hans, et Rochelle Eime. 2021. « The Physical Activity and Sport Participation Framework—A Policy Model Toward Being Physically Active Across the Lifespan ». *Frontiers in Sports and Active Living* 3. doi:10.3389/fspor.2021.608593.

© 2025 DAHOUROU, 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 (2)

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

Received, 6 May 2025

Accepted, 7 November 2025

Published, 20 November 2025

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

To cite: Sawadogo, M.P., et al. (2025). Retards dans les soins médicaux d'urgence : une étude transversale utilisant l'indice de gravité des urgences à l'hôpital régional de Kaya, au Burkina Faso. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 258-268. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.18>

Research

Retards dans les soins médicaux d'urgence : une étude transversale utilisant l'indice de gravité des urgences à l'hôpital régional de Kaya, au Burkina Faso

Delays in emergency medical care: a cross-sectional study using the emergency severity index at Kaya Regional Hospital, Burkina Faso

Pengdewendé Maurice SAWADOGO^{1*}, Makougnonhèa KPAMI², B. A. Rachid BADO³, Abel T. KINDA⁴, et Edgar OUANGRE⁴

¹Direction de la Formation Supérieure en Sciences de Santé de l'École Nationale de santé Publique (ENSP) et Institut Supérieur des Sciences de la Population de l'Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso

²Direction Générale, Centre Médico-Chirurgical Morija, Kaya, Burkina Faso

³Service des Urgences Médicales, Centre Hospitalier Régional de Kaya, Kaya, Burkina Faso

⁴Direction Générale, ENSP, Ouagadougou, Burkina Faso

* **Correspondance** :Email : sawpmaurice2013@gmail.com ; Tel : +226 70 36 23 78 ;ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5874-369X>

Résumé

Les urgences médicales requérant une prise en charge rapide pour éviter les décès et les complications graves chez les patients, cette étude évalue l'ampleur des retards et en identifie les facteurs favorisant dans les hôpitaux publics. C'est une étude transversale menée du 07 au 23 octobre 2024 auprès de 162 patients du service des urgences médicales du centre hospitalier régional de Kaya. L'indice de gravité des urgences (IGU) a servi à identifier les retards de prise en charge. Les tests de Mann-Whitney, de Kruskal-Wallis et de Chi-carré ont été appliqués au seuil de 5 %. Les résultats montrent que le délai médian de prise en charge était de 60 minutes (5-213 minutes). Aussi, 79% des patients ont été pris en charge tardivement. Aucun lien significatif n'a été retrouvé entre le retard et les caractéristiques sociodémographiques des patients. En revanche, l'ampleur des retards différait significativement ($p=0,002$) selon la sévérité des cas : 100% des cas les plus graves (degré 1 et 2) pris en charge en retard contre 8% des cas les moins graves (degré 5). Ces éléments ont été identifiés comme des facteurs de retard dans les soins médicaux d'urgence: absence de médicaments d'urgence dans le service, indisponibilité de kits d'urgence au dépôt et au prépalement des soins. La mise à disposition des kits de médicaments d'urgence au service et l'instauration d'une prise en charge sans prépalement constituent des leviers pour réduire les retards dans les soins médicaux d'urgence dans les hôpitaux publics.

Mots clés : urgences médicales, retards, indice de gravité des urgences, hôpital public, Kaya

Abstract

Medical emergencies must be promptly treated to avoid death and serious complications. This study assessed the extent and factors contributing to the delayed care in public hospitals. This cross-sectional study was conducted from 07 to 23 October, 2024, involving 162 patients admitted to the medical emergency department of the regional hospital of Kaya. The Emergency Severity Index (ESI) scale was used to identify delays in care delivery. Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, and Chi-square tests were used, at the 5% threshold, to estimate the statistical significance of relationships between variables. The results showed that the median time to care provision was 60 min (5 -213 min). In addition, 79% of patients were managed with delays. No significant link was found between the delay in care and patients' sociodemographic characteristics. On the other hand, the extent of delay differed significantly according to disease severity ($p=0.002$), with 100% of the most severe patients (grades 1 and 2) being managed late compared with 8% of the least severe cases (grade 5). The absence of emergency drugs available within the service, the absence of predefined emergency kits at the Essential and Generic Drugs deposit, and the payment system are factors contributing to the delay in care. Making emergency medicine kits available in the emergency department and introducing prepayment-free treatment would appear to be levers for reducing delays in treating medical emergencies in public hospitals.

Keywords: medical emergencies, delays, emergency severity index, public hospital, Kaya

1. Introduction

Dans les pays à faible revenus, les retards dans les soins d'urgence dans les hôpitaux publics sont fréquents mais l'ampleur du problème ainsi que les facteurs explicatifs demeurent peu explorés. Dans ces pays, les services d'urgence sont confrontés à une insuffisance d'organisation des services, un personnel insuffisant et/ou peu qualifié et un manque d'équipements qui contribuent à occasionner des retards dans les soins d'urgence (Beltrán Guzmán et al., 2019; Obermeyer et al., 2015; WHA72, 2019). Ces retards de prise en charge expliquent le taux élevé de mortalité dès l'admission à l'hôpital, comme le montre l'exemple du service des urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Mère-Enfant de Libreville (Gabon), où 98 % des décès surviennent au moment de l'admission. (ZANG et al., 2022).

Au Burkina Faso, Coulibaly et al., (2020) ont étudié les délais de prise en charge des urgences au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Yalgado OUEDRAOGO en 2015-2016. De leur côté, Méda et al., (2024) se sont intéressés aux délais de prise en charge des urgences chirurgicales au CHU Sourou SANOU de Bobo-Dioulasso en 2021-2022. Ces études ont mis en évidence que la faible disponibilité des équipements, le manque de personnel et les insuffisances organisationnelles figurent parmi les principaux facteurs responsables des retards dans les soins d'urgence dans les hôpitaux publics au Burkina Faso (Coulibaly et al., 2020; Méda et al., 2024). Réalisées dans des hôpitaux universitaires de troisième niveau de soins, ces deux recherches n'ont toutefois pas estimé l'ampleur des retards de prise en charge en tenant compte de la gravité des cas reçus ; ce qui aurait permis une analyse plus fine et fourni une base objective pour orienter les politiques hospitalières.

En résumé, malgré la reconnaissance des retards existants dans les soins d'urgence, aucune étude (à notre connaissance), n'a quantifié l'ampleur des retards de prise en charge en fonction de la gravité des cas admis au Burkina Faso. Par ailleurs, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude analysant l'ampleur et les facteurs favorisant les retards dans les soins d'urgence au sein des hôpitaux régionaux du Burkina Faso dont l'organisation administrative et fonctionnelle diffère notablement de celle des centres hospitaliers tertiaires.

Cette étude vise à évaluer l'ampleur des retards de prise en charge des urgences médicales dans un hôpital régional public burkinabè du deuxième niveau de soins, en utilisant l'indice de gravité des urgences (IGU). Cet indice standardisé permet de mesurer si la prise en charge correspond aux délais recommandés selon la gravité de l'état du patient, offrant ainsi un outil pertinent pour juger de l'efficacité des processus de soins d'urgence dans un contexte à ressources limitées (Gilboy, Tanabe,

Travers, & Rosenau, 2012). Elle permet ainsi de produire des informations pouvant éclairer les interventions ciblées visant à améliorer la prestation des soins d'urgence. Les objectifs de cette étude sont d'analyser les délais de prise en charge des urgences médicales et d'identifier les facteurs contribuant à la survenue de ces retards.

2. Matériels et méthodes

2.1. Cadre et champ d'étude

L'étude a été conduite dans le service des urgences médicales (UM) du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Kaya. Le CHR de Kaya, structure sanitaire de référence de la région du Centre Nord est un hôpital du deuxième niveau de soins dans le système de santé du Burkina Faso. Le service des urgences médicales (UM) du CHR de Kaya dispose d'une salle d'accueil-consultation (03 lits, 01 aspirateur, 03 sorties murales d'oxygène, 03 extracteurs d'oxygène, un saturomètre, un scoop), de trois salles d'hospitalisation de courte durée de trois lits chacune, de quatre salles de garde pour le personnel, d'un bureau pour le chef de service, d'un bureau pour le surveillant d'unité de soins (SUS), et d'une salle de toilettes pour le personnel.

Le fonctionnement du service des UM est assuré par une équipe qui compte 38 personnels permanents comprenant neuf médecins généralistes, un attaché de santé en médecine d'urgence, 24 infirmiers/ères et quatre techniciens/iennes d'hygiène hospitalière. Tout patient admis est classé dans l'une des cinq catégories de l'IGU de l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (Société Française de Médecine d'Urgence, 2013). Le score est déterminé en se basant sur les paramètres suivants : le score de Glasgow, la pression artérielle, la fréquence cardiaque, la saturation en oxygène, la fréquence respiratoire et la température corporelle. Le score IGU va de degré 1 à degré 5 en fonction des valeurs des six paramètres ; la valeur la plus sévère étant considérée pour déterminer la classification de la sévérité de l'urgence. Aussi, l'IGU prescrit un délai de prise en charge en fonction du degré de sévérité de l'urgence (voir annexe 1). A la fin de cette évaluation rapide, l'équipe médicale consigne le score IGU du patient sur son dossier. Par ailleurs, les médicaments pour la prise en charge des urgences sont entreposés au dépôt de médicaments essentiels génériques du CHR. L'examen des fiches de gestion des stocks des 27 médicaments d'urgence a montré une disponibilité moyenne de 80% pour la période allant du 16 avril au 15 octobre 2024. Deux médicaments d'urgence (l'oxygène médical et l'adrénaline injectable) étaient permanemment disponibles au sein du service des urgences médicales durant la période d'étude.

2.2. Type d'étude

Il s'est agi d'une étude d'observation prospective à visée descriptive qui permet de documenter en temps réel les délais de prise en charge des urgences médicales, sans interférer avec les pratiques de soins habituelles et de détecter les points critiques (Rothman, Greenland, & Lash, 2008).

2.3. Population d'étude, critère d'éligibilité

L'enquête a été menée auprès des patients (ou leur accompagnant) admis dans le service des UM du CHR de Kaya durant la période de collecte, après obtention de leur consentement libre et éclairé. Les patients admis en consultation externe n'ont pas été inclus dans l'étude car ce ne sont généralement pas des cas urgents. De même, les patients admis déjà décédés n'ont pas été pris en compte car ces derniers ne nécessitent plus de soins médicaux.

2.4. Échantillon et échantillonnage

L'ensemble des patients admis au cours d'un mois dans le service des UM du CHR de Kaya a été considéré comme population source. L'examen des statistiques hospitalières a permis d'estimer le

nombre moyen mensuel de patients à 267¹, valeur qui a été considérée comme la taille de la population source. Cette population étant inférieure à 10 000, le tableau Krejcie and Morgan (1970) a servi pour l'estimation de la taille de l'échantillon. Avec un niveau de confiance de 95% et une précision à 5%, la taille de l'échantillon correspondante est de 159. Au total, 162 patients ont été inclus dans l'étude soit un taux de participation de 101,8%. Les patients ont été recrutés de manière progressive, au fur et à mesure de leur admission au service, jusqu'à l'obtention de la taille requise de l'échantillon.

2.5. Méthode et techniques de collecte des données

Nous avons utilisé l'enquête comme méthode de collecte des données. Les techniques de collecte comprenaient l'entretien et l'observation directe du déroulement de la prise en charge au sein du service.

2.6. Déroulement et collecte des données

Après la formation des enquêteurs et le prétest des outils au CHR de Ziniaré dans la région voisine du Plateau Central, la collecte proprement dite s'est tenue du 07 au 23 octobre 2024. Notre enquête a consisté à relever le score IGU consigné dans le dossier de chaque patient, et à observer de manière non participante le déroulement de la prise en charge. Par la suite, nous avons conduit un entretien auprès du patient ou de son accompagnant.

2.7. Variables de l'étude

La variable dépendante dans la présente étude est le délai de prise en charge des patients dans le service des urgences médicales. Il fait référence au temps écoulé entre l'admission du patient et la prise en charge de sa pathologie (Jarrar, KhELIFI, Ben Amor, ELAFRIT, & Ghannouchi, 2008). Un patient est considéré comme ayant été pris en charge en retard lorsque le temps écoulé entre son admission et l'administration de ses premiers soins est supérieur au délai recommandé par son score IGU dont l'échelle va du degré 1 au degré 5. Le degré 1 correspond à un patient en état critique nécessitant une prise en charge immédiate (sans délai), tandis que le degré 5 indique un patient stable ne nécessitant pas de soins urgents et pouvant être pris en charge dans un délai allant jusqu'à 120 minutes (Société Française de Médecine d'Urgence, 2013). Conformément aux recommandations de l'IGU, nous avons défini un retard de prise en charge comme tout dépassement des délais suivants :

- Une minute pour les patients au degré 1 de l'IGU ;
- dix minutes pour les patients au degré 2 de l'IGU ;
- trente minutes pour les patients au degré 3 de l'IGU ;
- soixante minutes pour les patients au degré 4 de l'IGU ;
- cent-vingt minutes pour les patients au degré 5 de l'IGU.

Les variables indépendantes de l'étude étaient constituées des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'instruction, type d'emploi) ainsi que des caractéristiques sanitaires (degré de sévérité de la maladie, mode de paiement des actes, des médicaments d'urgence et des examens médicaux).

2.8. Traitement et analyse des données

Les données recueillies ont été saisies dans un formulaire « Google Forms » puis exportées vers le logiciel stata version 16 pour le traitement et l'analyse. Nous avons effectué des analyses descriptives, notamment la distribution de fréquence. La variable dépendante ne suivant pas une distribution normale (Test de Shapiro wilk significatif), la médiane et les valeurs extrêmes ont été utilisées comme mesure de tendance centrale et de dispersion. Pour l'analyse bivariée, le test de Mann-Withney (pour les variables à deux modalités) et le test de Kruskal-Wallis (pour les variables avec plus de deux modalités) ont été utilisés, au seuil de 5 %, pour estimer la significativité statistique de la variation de

¹ Le nombre de patients reçus dans le service des urgences du CHR-K était de 3 441 en 2021, 2 777 en 2022 et 3 406 en 2023, soit un total de 9 624 patients. Le nombre moyen mensuel (9624/36) est de 267 patients.

la médiane du délai de prise en charge suivant les variables indépendantes mobilisées. De plus, le test du Chi carré a aussi été utilisé, au seuil de 5%, pour évaluer la significativité statistique de la relation entre la variable dépendante et les variables indépendantes.

2.9. Considérations éthiques

La présente étude a été autorisée par la Directrice Générale du CHR de Kaya à travers la lettre N°2024-0354/MS/SG/CHR-K/DG du 30 septembre 2024. La participation à l'étude était libre et volontaire. Chaque patient interrogé a donné son consentement éclairé, avec la possibilité de se retirer à tout moment sans que cela n'ait d'incidence sur la qualité des soins reçus. L'anonymat des patients et la confidentialité des informations ont été respectés aussi bien lors du recueil des données que durant toutes les autres étapes de l'étude.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients

Parmi les 162 patients inclus dans l'étude, la majorité (50,62%) appartenait à la tranche d'âge de 25-59 ans. La répartition selon le sexe était équilibrée, avec 51,23% de femmes contre 48,77% d'hommes. Notons que 71,6% des patients n'étaient pas instruits et 64,2% n'exerçaient pas d'emploi rémunéré. Sur le plan sanitaire, 17,2% des patients étaient classés au degré 1 et 22,82% au degré 2 selon l'IGU. En outre, la quasi-totalité (98,15%) des patients ont dû régler à l'avance les frais liés aux actes médicaux, aux médicaments et aux examens complémentaires (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des patients admis au service des Urgences Médicales du CHR de Kaya, 07 au 23 octobre 2024

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Groupe d'âge (années)		
15-24	33	20,37
25-59	82	50,62
60 et plus	47	29,01
Sexe		
Masculin	79	48,77
Féminin	83	51,23
Niveau d'instruction		
Aucun	116	71,6
Primaire et plus	46	28,4
Type d'emploi		
Emploi non rémunéré	104	64,2
Emploi rémunéré	58	35,8
Score de sévérité de la maladie (IGU)		
Degré 1	28	17,28
Degré 2	37	22,84
Degré 3	52	32,1
Degré 4	20	12,35
Degré 5	25	15,43
Mode de paiement des actes		
Exonération totale	3	1,85
Prépaiement	159	98,15
Post-paiement	0	0
Mode de paiement des médicaments d'urgence		
Exonération totale	3	1,85

Prépaiement	159	98,15
Post-paiement	0	0
Mode de paiement des examens médicaux d'urgence		
Exonération totale	3	1,85
Prépaiement	159	98,15
Post-paiement	0	0
Total	162	100

2.1. Délai de prise en charge des patients admis aux Urgences Médicales

Les analyses ont montré que le délai médian de prise en charge des patients au service des urgences médicales du CHR de Kaya était 60 minutes. Le délai le plus court observé était de 5 minutes et le plus long de 213 minutes. Les tests statistiques n'ont pas montré de différence significative du délai médian de prise en charge selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction ou encore le statut d'emploi. En revanche, une différence significative a été observée en fonction du degré de sévérité de la maladie ($p=0,002$). Ainsi, le délai médian pour les patients classés au degré 1 de l'IGU était de 41,50 minutes (5 -104 minutes) tandis qu'il était de 72 minutes (13 -193 minutes) pour ceux classés au degré 3, suivie d'une baisse pour les degrés 4 et 5 (Tableau 2).

Par ailleurs, 79% des patients ont été pris en charge avec retard, au regard des délais recommandés en fonction de leur gravité clinique. Le retard de prise en charge ne variait pas de manière significative selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction ou encore le statut d'emploi. Cependant, il différait significativement selon le degré de sévérité de la maladie ($p=0,000$). A ce titre, il ressort qu'aucun patient dont la sévérité est de degré 1 n'avait été pris en charge immédiatement (sans délai) comme le recommande l'IGU. De même, aucun patient classé au degré 2 n'avait été pris en charge dans les 10 minutes suivant son admission. Cependant, 8% des patients classés au degré 5 avaient été pris en charge en retard, soit après les 120 minutes suivant leur admission aux services des urgences médicales du CHR-Kaya (Tableau 3).

Tableau 2 : Délai de prise en charge des patients selon leur caractéristiques sociodémographiques et sanitaires au CHR-Kaya, 07 au 23 octobre 2024

Caractéristiques	Médiane (min-max)	Valeur de p
Groupe d'âge (années)*		
15-24	60 (14-213)	0,281
25-59	68,5 (5-193)	
60 et plus	51 (5-128)	
Sexe[£]		
Masculin	60 (12-170)	0,454
Féminin	60 (5-213)	
Niveau d'instruction[£]		
Aucun	60 (5-193)	0,817
Primaire et plus	60 (5-213)	
Occupation actuelle[£]		
Emploi non remuneré	60 (5-193)	0,237
Emploi remuneré	60 (12-213)	
Degré de sévérité de la maladie*		

Degré 1	41,50 (5-104)	0,002
Degré 2	57 (13-127)	
Degré 3	72 (13-193)	
Degré 4	70,5(28-146)	
Degré 5	60 (20-213)	
Total	60 (5-213)	

*Le test non paramétrique de Kruskal-Wallis de comparaison de médianes d'échantillons indépendants $k > 2$ a été utilisé pour ces variables ayant plus de deux modalités.

£Pour le reste des résultats : test non paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney de comparaison de médianes d'échantillons indépendants $k=2$

Tableau 3 : Répartition des patients admis aux urgences médicales du CHR de Kaya en fonction du respect du délai de leur prise en charge par caractéristiques sociodémographique et sanitaire, 07 au 23 octobre 2024

Caractéristiques	Retard de prise en charge		Valeur de p
	Oui (%)	Non (%)	
Groupe d'âge (années)			
15-24	26(78,79)	7 (21,21)	0,444
25-59	62(75,61)	20 (24,39)	
60 et plus	40(85,11)	7 (14,89)	
Sexe			
Masculin	62(78,48)	17 (21,52)	0,871
Féminin	66(79,52)	17 (20,48)	
Niveau d'instruction			
Aucun	94(81,03)	22 (18,97)	0,316
Primaire et plus	34(73,91)	12 (26,09)	
Occupation actuelle			
Emploi non rémunéré	85(81,73)	19 (18,27)	0,255
Emploi rémunéré	43(74,14)	15 (25,86)	
Degré de sévérité de la maladie			
Degré 1	25 (100)	0 (0)	0,000
Degré 2	37 (100)	0 (0)	
Degré 3	47 (90,38)	5 (9,62)	
Degré 4	14(70,0)	6 (30)	
Degré 5	2 (8,0)	23 (92,0)	
Total	128 (79,01)	34 (20,99)	

4. Discussion

Cette étude visait, entre autres objectifs, à quantifier l'ampleur des retards de prise en charge des patients dans le service des urgences médicales. Les résultats ont mis en exergue un délai médian de prise en charge de 60 minutes. L'analyse, confrontant ces délais aux standards recommandés en

fonction de la gravité des cas, indique que 79% des patients avaient été pris en charge avec un retard. La situation est critique pour les cas les plus sévères avec un retard observé chez la totalité (100%) des patients classés au degré 1 et 2 de l'IGU, et de 90% de ceux du degré 3. À l'inverse, les proportions de retard sont moindres chez les cas moins graves, s'élevant à 70% pour les patients du degré 4 et seulement 8% pour ceux du degré 5. Par ailleurs, l'analyse démontre que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation ou le statut d'emploi des patients n'ont pas eu d'influence significative sur ces délais.

Ces résultats sont en accord avec les données existantes de la littérature. Ils corroborent notamment ceux de Méda et al. (2024), qui avaient observé un délai médian d'administration des premiers soins de 63 minutes au CHU Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso. La similarité des délais médians entre les deux études renforce la représentativité de nos observations. Par ailleurs, l'absence de lien significatif entre les retards et les caractéristiques sociodémographiques des patients, également constatée par Coulibaly et al. (2020) au CHU Yalgado Ouédraogo, permet d'écarter l'hypothèse de discriminations individuelles comme facteur explicatif des retards dans les soins d'urgence.

Toutefois, le paradoxe observé, où les cas les moins graves sont pris en charge dans de meilleurs délais requis, comparativement aux cas critiques, illustre un dysfonctionnement majeur du processus de tri et de hiérarchisation des soins et témoigne d'une faible réactivité face aux extrêmes urgences. Ces résultats suggèrent de renforcer le système de triage des urgences ; notamment la détection rapide des cas les plus critiques. Cela implique la formation continue du personnel au triage et la mise en place d'un circuit rapide pour les cas critiques. Aussi, comment la disponibilité des ressources ont-elles pu contribuer à la survenue de ces retards de prise en charge ?

L'analyse des facteurs liés à ces retards de prise en charge a également mis en évidence l'absence de médicaments d'urgence disponibles au service, à l'exception de l'oxygène et de l'adrénaline. Cette absence de médicaments d'urgence sur place, dans le service, implique aux accompagnants d'aller les acheter au dépôt, entraînant des délais supplémentaires parfois incompatibles avec l'extrême urgence, notamment pour les patients de degré 1 ou 2 pour lesquels des délais de prise en charge respectifs de 1 minute et de 10 minutes sont recommandés. En outre, on note l'absence de kits d'urgence prédéfinis au dépôt, ce qui rallonge encore le temps de délivrance des médicaments. La présence de kits de médicaments d'urgence dans le service des urgences est essentielle pour garantir une prise en charge efficace des situations d'extrême urgence dans les délais requis.

Enfin, le système de paiement par prépaiement en vigueur dans le service des urgences du CHR de Kaya, représente un obstacle majeur à la prise en charge rapide des cas urgents. Il impose aux patients de régler à l'avance les frais de consultation ou de traitement avant même de recevoir les soins nécessaires. Dans ce contexte où près de deux tiers des patients n'ont pas d'emploi rémunéré, ce défi s'amplifie, car ces personnes n'ont généralement pas les ressources financières immédiates pour s'acquitter de ces coûts. Par ailleurs, le fait d'exiger un prépaiement au service des urgences va à l'encontre des dispositions de l'arrêté ministériel N°2003/030/MS/SG/DGHSP/DHP du 7 février 2003. Pour diminuer les retards dans la prise en charge causés par ce système de paiement, il est crucial de respecter strictement la législation en la matière, d'intégrer les soins d'urgence dans la politique nationale de gratuité, et d'accélérer la mise en place de l'assurance maladie universelle.

En résumé, des difficultés liées au tri et à la hiérarchisation des soins, à la disponibilité des médicaments, ainsi qu'au mode de paiement des services, contribuent à retarder la prise en charge des urgences médicales au CHR de Kaya. Ces problèmes révèlent une incapacité du système de santé à répondre rapidement aux situations vitales d'urgence, ce qui pourrait partiellement expliquer le taux élevé de mortalité enregistré dans les services d'urgence publics du Burkina Faso, avec 10,7% de décès en 2023 (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2024). Il est donc essentiel de surmonter ces obstacles pour améliorer à la fois l'efficacité et la rapidité des soins d'urgence au CHR de Kaya.

Cette étude comporte des limites. Tout d'abord, elle a été réalisée sur une période relativement courte de trois semaines, ce qui peut ne pas refléter de manière précise les variations saisonnières dans la fréquentation et les types de pathologies aux urgences. En effet, l'étude s'est déroulée en octobre, une période où l'on observe généralement des pics de cas de paludisme et de dengue. Cette augmentation saisonnière des admissions a pu entraîner une surcharge temporaire de travail qui pourrait contribuer à allonger temporairement les délais de prise en charge par rapport à une période où l'affluence est moins forte. Par ailleurs, la méthode d'observation directe utilisée peut avoir introduit des biais, car la présence des enquêteurs pourrait avoir influencé le comportement des prestataires. A titre illustratif, les prestataires de soins pourraient accélérer la dispensation des soins du fait de la présence d'observateurs, ce qui entraînerait une sous-estimation des délais de prise en charge habituels. En outre, l'approche descriptive de l'étude ne permet pas d'ajuster les résultats en fonction d'éventuels facteurs de confusion tels que la charge du travail ou la disponibilité des équipements de prise en charge qui sont des insuffisances récurrentes dans les hôpitaux des pays à faible revenus (Razzak, Hyder, Akhtar, Khan, & Khan, 2008). Cette approche descriptive limite la capacité à identifier avec certitude les déterminants des retards dans la prise en charge. Enfin notons que le fait que l'étude n'a concerné qu'un seul hôpital limite la généralisation de ses conclusions à l'ensemble des hôpitaux régionaux du pays.

Malgré ses limites, cette étude apporte une contribution précieuse en mettant en lumière des obstacles concrets et persistants affectant la prise en charge des urgences médicales au CHR de Kaya. Elle offre une première estimation de l'ampleur des retards dans les soins d'urgences et identifie des pistes clés d'amélioration, notamment en matière de disponibilité des médicaments et de financement, qui pourront orienter les actions futures. Ces résultats initiaux constituent une base essentielle pour approfondir la recherche et guider les interventions dans un contexte à forte contrainte.

5. Conclusion

Cette étude met clairement en lumière un problème majeur : 79% des patients sont pris en charge au-delà des délais recommandés, ce qui représente un enjeu important pour la qualité et l'efficacité des soins d'urgence. Ces retards peuvent avoir des conséquences graves, notamment une aggravation de l'état de santé des patients et une augmentation du risque de complications voire de mortalité. Les causes principales identifiées sont l'indisponibilité des médicaments essentiels à la prise en charge rapide des cas urgents, ce qui compromet la capacité du service à répondre efficacement aux besoins immédiats des patients. Par ailleurs, le système de paiement basé sur le prépaiement crée une barrière financière qui retarde l'accès aux soins, surtout dans un contexte où une grande partie des patients n'a pas de ressources stables ou suffisantes.

Pour approfondir la compréhension des obstacles et mieux cibler les interventions, il serait nécessaire de réaliser une étude impliquant plusieurs hôpitaux, plus étendue dans le temps, intégrant différentes saisons et périodes d'affluence, et utilisant des analyses statistiques multivariées pour contrôler les facteurs de confusion. Une telle approche plus rigoureuse permettrait d'identifier précisément les déterminants des retards et d'évaluer l'impact relatif des différents facteurs organisationnels, financiers et logistiques dans les services d'urgence au Burkina Faso. Grâce à ces connaissances, les décideurs et gestionnaires pourront mettre en place des stratégies adaptées pour réduire ces délais et améliorer significativement la prise en charge des urgences médicales dans ce contexte.

Contributions des auteurs

PMS a défini le thème, analysé les données et rédigé le draft. MK a fait une revue de la littérature, a collecté les données et a contribué à l'analyse et à la rédaction du draft. RB a révisé le protocole de l'étude et a contribué à la révision du premier draft. ATK et EO ont tous révisé le draft.

Remerciements

Direction du CHR de Kaya pour l'autorisation de l'enquête. Les auteurs remercient également la Direction de la Formation Supérieure en Sciences de la Santé (DFSSS) de l'ENSP pour avoir financé (partiellement) la collecte des données.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- Beltrán Guzmán, I., Gil Cuesta, J., Trelles, M., Jaweed, O., Cherestal, S., van Loenhout, J. A. F., & Guha-Sapir, D. (2019). Delays in arrival and treatment in emergency departments: women, children and non-trauma consultations the most at risk in humanitarian settings. *PLoS One*, 14(3), e0213362.
- Coulibaly, A., Zan, A. K., Kinda, S. C., Baguiya, A., Garanet, F., & Kouanda, S. (2020). Étude des délais d'attente et d'administration des médicaments dans les services d'urgence du Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso. *Sciences de la Santé*, 43(1), 91-105. Retrieved from https://www.revuesciences-techniquesburkina.org/index.php/sciences_de_la_sante/article/view/1193
- Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D., & Rosenau, A. M. (2012). Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care, version 4. *Implementation handbook*, 2012, 12-0014.
- Jarrar, M., KhELIFI, S., Ben Amor, W., ELAFRIT, S., & Ghannouchi, S. (2008). Accueil et durée de la prise en charge des patients au service des urgences du CHU Farhat Hached. Etude retrospective. *Journal maghrébin d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence*, 15(65), 251-257.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30(3), 607-610. Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001316447003000308>
- Méda, Z. C., Wend-Rabo, D. Z., Hien, H., Ouattara, C. A., Ilboudo, B., Traoré, I. T., . . . Sombié, I. (2024). Facteurs influençant le délai de prise en charge aux urgences chirurgicales du CHU Sourô Sanou. *Santé Publique*, 36(2), 109-118. Retrieved from https://shs.cairn.info/article/SPUB_242_0109?tab=texte-integral
- Ministère de la santé et de l'hygiène publique. (2024). *Annuaire statistique 2023*. Retrieved from http://cns.bf/IMG/pdf/annuaire_2023_mshp_signe_020824.pdf
- Obermeyer, Z., Abujaber, S., Makar, M., Stoll, S., Kayden, S. R., Wallis, L. A., & Reynolds, T. A. (2015). Emergency care in 59 low-and middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 577-586.
- Razzak, J. A., Hyder, A. A., Akhtar, T., Khan, M., & Khan, U. R. (2008). Assessing emergency medical care in low income countries: a pilot study from Pakistan. *BMC emergency medicine*, 8(1), 8.
- Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (2008). *Modern epidemiology* (Vol. 3): Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia.
- Société Française de Médecine d'Urgence. (2013) Le triage en structure des urgences, recommandations formalisées d'experts. In.
- WHA72, R. (2019). Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured. *Seventy-second World Health Assembly*, Geneva, 28.
- ZANG, C., OBIANG, P., ABAGA, R., Moussa, O., NKIET, S. E., Tchuinkam, A., . . . Ategbo, S. (2022). Analyse de la mortalité aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Mère—Enfant, Fondation Jeanne Ebori de Libreville, Gabon. Retrieved from [https://www.rarmu.org/publications/14\(2\)/full_text/14\(2\)_17-21.pdf](https://www.rarmu.org/publications/14(2)/full_text/14(2)_17-21.pdf)

Annexe 1 : Grille opérationnalisant la classification des patients selon leur score IGU dans le service des UM du CHR de Kaya

Score IGU	Degré 1	Degré 2	Degré 3	Degré 4	Degré 5
Score de Glasgow	≤ 8	9-12	13-14	15 (-)	15 (+)
Pression artérielle	S ≥ 230mmHg S ≤ 70mmHg D ≥ 130mmHg	S : 229-181mmHg S : 71-90mmHg D : 115-129mmHg	S : 180-161mmHg S : 91-104mmHg D : 114-105mmHg	S : 160-139mmHg S : 105-110mmHg D : 104-91mmHg	S : 138-111mmHg D ≤ 90mmHg
Fréquence cardiaque	< 40bpm > 150bpm	41-50 bpm 130-149 bpm	51-60 bpm 129-110bpm	61-68bpm 109-90bpm	89-70bpm
Saturation en oxygène	≤ 90%	91-93%	94-97%	98-99%	100%
Fréquence respiratoire	≥ 35 cycles/mn ≤ 8 cycles/mn	25-35 cycles/mn	18-24 cycles/mn	16-17 cycles/mn	12-15 cycles/mn
Température corporelle	≥ 41°C	40°C-41°C 32°-35°C	38,6°C-39,9°C 35,1°C-36°C	37,5°C-38,5°C 36,1°C-37,3°C	37,4°C
Délai de prise en charge	Immédiat	< 10 minutes	< 30 minutes	< 60 minutes	< 120 minutes

© 2025 SAWADOGO, 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 (2)

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

Received, 9 June 2025

Accepted, 19 November 2025

Published, 24 November 2025

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

To cite: Cisse, K., et al. (2025). Déterminants du dépistage volontaire anténatal du VIH chez les femmes enceintes et leurs conjoints au Burkina Faso : Une analyse à partir des données de l'EDS 2021. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 269-289. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.19>

Research

Déterminants du dépistage volontaire anténatal du VIH chez les femmes enceintes et leurs conjoints au Burkina Faso : Une analyse à partir des données de l'EDS 2021

Determinants of voluntary antenatal HIV testing among pregnant women and their spouses in Burkina Faso: An analysis using 2021 DHS data

Kadari Cissé^{1*}, Abdoulaye Nombéré¹, Danielle Yugbaré/Belemsaga¹, Adama Baguiya¹, Smaila Ouédraogo²

¹Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST), Ouagadougou, Burkina Faso ;

²Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso.

***Correspondance : email : cisskad4@gmail.com ; Tel : +226 76 42 54 86**

Résumé

Le Burkina Faso connaît une épidémie de VIH de type mixte. La majorité des nouvelles infections surviennent au sein des couples hétérosexuels en union stable. Les soins prénataux constituent une occasion de dépister le VIH chez les femmes enceintes et leurs conjoints en vue de l'élimination du VIH à l'horizon 2030. L'objectif de notre étude est d'analyser les déterminants du dépistage du VIH chez les femmes enceintes et leurs conjoints au Burkina Faso. Il s'est agi d'une analyse secondaire des données de la cinquième Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF-V) réalisée en 2021. L'EDSBF-V a utilisé une technique d'échantillonnage stratifié à deux degrés. Nous avons utilisé les données de 577 couples de femmes enceintes et leurs maris. Les facteurs associés ont été recherchés en utilisant une régression de Poisson modifié. La prévalence du dépistage était de 59,4% chez les femmes enceintes et de 26,0% chez leurs conjoints. Le milieu de résidence, le statut marital, l'indice de richesse, les attitudes stigmatisantes envers les PVVIH, la durée de cohabitation, l'âge lors du premier rapport sexuel, l'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel et l'utilisation d'internet étaient significativement associés au dépistage du VIH. Notre étude montre un faible niveau du dépistage chez les femmes enceintes et leurs conjoints. Il est important de renforcer et améliorer le conseil dépistage au sein du couple et encourager les deux partenaires à se faire dépister lors des soins prénataux et des bilans prénuptiaux.

Mots clés : Dépistage, Soins prénatals, VIH, Promotion de la santé, Déterminants, Burkina Faso

Abstract

Burkina Faso is experiencing a mixed HIV epidemic. Most new infections occur in heterosexual couples in stable unions. Antenatal care is an opportunity for early HIV testing of pregnant women and their partners with a view to eliminating HIV by 2030. The objective of our study is to analyze the determinants of HIV testing among pregnant women and their spouses in Burkina Faso. This was a secondary analysis of data from the fifth Demographic and Health Survey of Burkina Faso (EDSBF-V) conducted in 2021. The EDSBF-V used a two-stage stratified sampling technique. We used data from 577 pregnant women and their husbands. Associated factors were searched using a modified Poisson regression. The prevalence of screening was 59,4% among pregnant women and 26,0% for their spouses. Residential background, marital status, wealth index, stigmatizing attitudes toward PHAs, length of time living together, age at first sexual intercourse, condom use at last sexual intercourse, and Internet use were significantly associated with HIV testing. Our study shows a low level of screening among pregnant women and their partners. It is essential to strengthen and improve screening and counselling within the couple, and to encourage both partners to undergo screening during antenatal care and premarital check-ups.

Keywords: Testing, Antenatal care, HIV, Health promotion, Determinants, Burkina Faso

1. Introduction

Malgré les efforts déployés depuis des décennies pour lutter contre cette pandémie, le VIH demeure un problème majeur de santé publique. Entre 2010 et 2022, le nombre de nouvelles infections au VIH a baissé de 38% (ONUSIDA, 2023). Néanmoins, en 2022 on dénombrait encore 1,3 millions de nouvelles infections dans le monde dont 160 000 en Afrique de l'Ouest et du Centre (ONUSIDA, 2023). Les enfants de 0 à 14 ans nouvellement infectés en Afrique subsaharienne représentaient 85% des nouvelles infections chez les enfants dans le monde en 2021 (ONUSIDA, 2022).

La vie de couple reste une source importante de transmission du VIH. En effet, près des deux tiers des nouvelles infections du VIH en Afrique subsaharienne se produisent au sein de couples stables (Chemaitelly, Awad, Shelton, & Abu-Raddad, 2014a; Dunkle et al., 2008). La moitié de cette incidence est attribuée à la transmission du VIH du partenaire infecté au partenaire non infecté dans le couple et l'autre moitié serait due aux relations sexuelles extra-conjugales (Chemaitelly et al., 2014a). Le mariage est donc considéré comme un cadre à haut risque de transmission hétérosexuelle de l'infection à VIH. Près de 80% des nouvelles infections du VIH chez les femmes surviennent dans le mariage ou les relations hétérosexuelles à long terme (Dunkle et al., 2008). Afin de lutter contre la transmission au sein du couple, en 2012, l'OMS avait recommandé l'offre systématique du dépistage volontaire ou dans le cadre des soins prénataux (SPN) avec une assistance pour le partage du statut sérologique au sein du couple (World Health Organization, 2012). Malgré les bénéfices de ces recommandations en matière de prévention et de traitement du VIH, leur application reste limitée en Afrique subsaharienne (Hampanda et al., 2023). Le dépistage des partenaires au sein du couple reste faible. En effet, une étude conduite au Nigéria en 2015, a montré que seulement 6% des couples connaissaient

leurs statuts sérologiques (Lépine, Terris-Prestholt, & Vickerman, 2015). En Afrique subsaharienne les couples en union stable contribuent pour 30,4% à la survenue des nouvelles infections (Chemaitelly et al., 2014a) d'où l'intérêt d'une meilleure compréhension des possibilités d'interruption de la transmission du VIH dans le couple.

Au Burkina Faso, des résultats tangibles en matière de prévention et de prise en charge du VIH ont été enregistrés ces dernières décennies (SP/CNLS-IST, 2021). Cependant, les résultats restent en deçà des attentes surtout dans la dynamique nouvelle de l'élimination de la transmission mère-enfant (eTME) du VIH. En effet, en 2023, on estimait à 1 900 le nombre de nouvelles infections (Organisation mondiale de la santé; Région Africaine, 2024). Seul 78% des personnes vivants avec le VIH connaissaient leur statut sérologique ce qui est loin du premier objectif de la cascade (95-95-95) des soins de l'ONUSIDA (SP/CNLS-IST, 2021; SP/CNLS-IST, PSSLS-IST., 2021). La prévalence du VIH chez les femmes enceintes vues lors des consultations prénatales demeure importante dans le pays avec une transmission verticale encore élevé (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2021). L'objectif à l'horizon 2025 est de réduire la TME au Burkina Faso de 5,4% à 2% (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2021). Le dépistage anténatal étant considéré comme l'un des moyens les plus efficaces pour réduire la propagation du virus (Kirakoya-Samadoulougou, Jean, & Maheu-Giroux, 2017; Somé et al., 2014), les autorités sanitaires burkinabè ont mis en œuvre des programmes telles que les campagnes nationales de dépistage, visant à rendre accessibles les tests de dépistage. Surtout que les couples hétérosexuels en union stables contribuent à 39,5% dans la survenue des nouvelles infections dans le pays contre 30,4% en Afrique subsaharienne (Chemaitelly, Awad, Shelton, & Abu-Raddad, 2014b; SP/CNLS-IST, 2021). Une étude qualitative a trouvé un nombre important de couples où des partenaires n'avaient pas partagé leurs statuts avec leurs conjoints ou conjointes (Millogo et al., 2022). La prévention du VIH au sein du couple rencontre beaucoup de difficultés à cause de la faible connaissance et partage du statut sérologique entre les partenaires (Millogo et al., 2022). Alors que la connaissance et le partage du statut sérologique dans le couple permettrait de réduire d'environ 40% le risque de transmission du VIH (Pinkerton & Galletly, 2007). L'objectif de notre étude est d'analyser la prévalence et les déterminants socio-démographiques et comportementaux du dépistage anténatal du VIH au niveau du couple au Burkina Faso, dans l'optique de contribuer à l'atteinte des objectifs du plan eTME.

2. Matériels et méthodes

2.1. Cadre d'étude

Le Burkina Faso est un pays sahélien situé en Afrique de l'Ouest. Pays enclavé, sans littoral, il partage ses frontières avec six autres pays (Mali, Niger, Bénin, Togo, Ghana et Côte-d'Ivoire). Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces et 351 communes (SP/CNLS-IST, 2021). Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitation, la fécondité est en baisse dans le pays. En effet, le taux global de fécondité générale est passé de 213‰ en 1996 à 161,7‰ en 2019 (INSD, 2023). L'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 6,8 enfants par femme en 1996 à 5,4 enfants par femmes en 2019 (INSD, 2023). Le système de soins du Burkina Faso se présente sous forme d'une pyramide organisée en trois niveaux qui assurent les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires. Le premier niveau est constitué

de deux échelons. Le premier échelon comprend les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et les centres médicaux (CM) ; le deuxième échelon est constitué des centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) ou hôpitaux de district (HD). Le deuxième niveau est constitué des centres hospitaliers régionaux (CHR) qui servent de référence pour les CMA. Le troisième niveau est le niveau de référence pour les CHR que sont les centres hospitaliers universitaires (CHU) (SP/CNLS-IST, 2021).

2.2. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une analyse secondaire des données de la cinquième Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF-V) qui est une étude transversale conduite dans les treize régions du pays en 2021.

2.3. Présentation de la source de données

L'enquête démographique et de santé est une enquête périodique conduite dans plusieurs pays à travers le monde. Elle est conçue pour fournir des informations représentatives à l'échelle régionale sur plusieurs cibles que sont : (i) les femmes âgées de 15–49 ans ; (ii) les hommes âgés de 15–59 ans, (iii) les enfants de moins de 5 ans. Ont été exclus de l'étude, les personnes résidant dans des ménages collectifs (hôpitaux, prisons, camp de réfugiés et de déplacés internes, etc.)

L'échantillon de l'EDSBF-V est obtenu par un sondage aréolaire stratifié et à deux degrés. L'unité primaire de sondage, appelée aussi grappe, est la zone de dénombrement (ZD). La base de sondage a été stratifiée par milieu de résidence (urbain ; rural) et ceux dans chacune des 13 régions de l'enquête. Au total, 25379 individus dont 17659 femmes, 7720 hommes issus de 13251 ménages (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2023) ont été inclus.

Un tirage systématique à probabilité proportionnelle à la taille en termes de nombre de ménages a été appliqué pour sélectionner les unités primaires (les grappes). Dans chaque grappe sélectionnée, un nombre fixe de ménages a été sélectionné (26 ménages) sauf dans la région du Sahel où 36 ménages ont été sélectionnés par grappe. Dans chacun des ménages sélectionnés toutes les femmes âgées de 15–49 ans ont été invitées à participer à l'étude. Par contre dans la moitié des ménages sélectionnés (un sur deux) tous les hommes âgés de 15–59 ans ont été invités à participer à l'étude. Pour être éligible, les participant(e)s devaient avoir passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage sélectionné.

La collecte s'est déroulée du 30 juillet au 30 novembre 2021. Quatre questionnaires ont été utilisés : un questionnaire ménage, un questionnaire femme, un questionnaire homme et un questionnaire biomarqueur. Il s'agit de questionnaires standard des EDS adaptés au contexte et à la spécificité de la population burkinabè (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2023).

Notre analyse a été conduite à partir de la base de données contenant les informations sur le couple. Cette base est issue de la fusion des données individuelles des femmes et celle de leurs conjoints (marié ou vivant ensemble). En cas de polygamie, les données d'un homme sont liées à celles de plusieurs femmes. À partir de la question « êtes-vous enceinte actuellement ? » nous avons identifié les couples dans lesquels la femme était enceinte. Nous avons inclus dans cette

étude, les femmes enceintes d'âge compris entre 15 et 49 ans et leurs conjoints. Finalement, 577 couples dont 577 femmes enceintes et 577 conjoints de ces femmes ont été retenus pour l'analyse. Les femmes enceintes pour lesquelles il n'existe pas de données sur le dépistage de leurs conjoints et les conjoints des femmes enceintes pour lesquelles il n'existe pas de données sur le dépistage de leurs conjoints ont été exclus de l'analyse.

2.4. Cadre conceptuel

Plusieurs cadres conceptuels sont utilisés pour l'analyse des déterminants du dépistage du VIH dont le modèle de croyance en matière de santé (Health Belief Model (HBM)). Ce modèle a été utilisé dans plusieurs études antérieures pour analyse des déterminants en matière d'infection (Seif, Oguma, & Joho, 2025) ou de dépistage du VIH (Appau, Aboagye, Nyahe, Khuzwayo, & Tarkang, 2024; Nyeseh Ofori, 2019; Oo et al., 2024). Pour notre analyse, nous avons identifiées les déterminants potentiels après une revue de la littérature et en s'inspirant du cadre utilisé par Lakhe et al (Lakhe, Mbaye, Sylla, & Ndour, 2019) pour étudier le dépistage du VIH. Selon ce cadre les déterminants du dépistage du VIH sont : les facteurs sociodémographiques, les connaissances sur le VIH, les comportements sexuels, l'exposition aux médias, l'accessibilité des soins de santé et la stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH (Lakhe et al., 2019).

2.5. Variables d'étude

2.5.1. Variable dépendante

La variable dépendante est la réalisation du test de dépistage VIH mesuré par la question suivante : Avez-vous déjà fait un test du VIH ? Cette variable est codée **1** pour le participant(e)s ayant déjà réalisé le test de dépistage VIH et **0** si non.

2.5.2. Variables indépendantes

Les variables indépendantes étaient les suivantes :

- Caractéristiques socio-démographiques : âge, sexe (homme, femme), profession (sans emploi, fonctionnaire, secteur informel), résidence (urbain, rural), niveau d'instruction (sans instruction, primaire, secondaire, supérieur), statut marital (marié, union libre), durée de cohabitation ;
- Facteurs socio-économiques : Niveau socioéconomique (tel que construit par l'EDS en cinq classes : très pauvre, pauvre, moyen, riche, très riche). Le processus de calcul des indices de bien-être économique est expliqué ailleurs (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2023). Les indices sont calculés par analyse en composantes principales en se basant sur les biens que le ménage possède. Le score calculé par ménage est attribué à chaque membre du ménage. Le score est ensuite divisé en cinq catégories également avec chaque catégorie correspondant à 20% de la population ;
- Facteurs comportementaux : nombre de partenaires sexuels, l'âge lors du premier rapport sexuel, l'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel ;
- Facteurs de discrimination : autoriser un enfant atteint du VIH à fréquenter les mêmes écoles que des enfants non malades, acheter des légumes chez un vendeur atteint du VIH. Ces deux variables sont utilisées pour définir les attitudes discriminatoires à

l'égard des personnes vivant avec le VIH dans le cadre de l'EDS et le suivi mondial de la lutte contre le sida (ONUSIDA, 2024; Teshale & Tesema, 2022).

- Exposition aux interventions (média) : téléphone, internet
- Facteurs contextuels : milieu de résidence, région de résidence

La connaissance sur le VIH qui ressort dans le cadre de Lakhe et al (Lakhe, Mbaye, Sylla, & Ndour, 2019) n'a pas été évaluée chez les adultes de plus de 24 ans lors de l'EDS de 2021 donc n'a pas été utilisée comme co-variable pour notre analyse..

2.6. Traitement et analyse des données

Après réception de la base de données, les données ont été traitées en recherchant les valeurs aberrantes. Dans la première partie de l'analyse des données, l'échantillon final de notre analyse a été décrit en présentant les variables qualitatives sous forme de proportion et les variables quantitatives sous forme de moyenne avec l'écart type. Ensuite, la proportion des participants ayant déjà fait un test de dépistage du VIH a été calculée. Cette proportion a été présentée en fonction des caractéristiques des participants. Enfin, nous avons recherché les facteurs associés au dépistage du VIH en utilisant une régression de Poisson modifié. Cette approche de régression permet de calculer les rapports de prévalence qui sont mieux adaptés à la mesure des associations dans les études transversales (LEE, 1994). Cette démarche a permis de calculer les rapports de prévalence pour chacune des variables explicatives de l'étude. Du fait des disparités entre les hommes et les femmes en matière de dépistage du VIH en Afrique sub-Saharienne (Gebregziabher, Dai, Vrana-Diaz, Teklehaimanot, & Sweat, 2018), toutes les analyses ont été stratifiées par sexe et pondérées en utilisant le coefficient de pondération calculé dans l'enquête. Nous n'avons pas fait d'imputation pour les valeurs manquantes. Toutes les variables indépendantes ont été utilisées pour l'analyse multivariée après vérification de la multicolinéarité. Les analyses ont été faites sur le logiciel STATA 16. Les associations étaient considérées significatives au seuil de 5%.

2.7. Considérations éthiques

Le protocole de l'enquête démographique et de santé a été examiné et approuvé par le Comité National d'Éthique du Burkina Faso et le Comité d'Éthique d'ICF. Au cours de l'enquête, le consentement éclairé de tous les participants a été obtenu avant l'interview (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2023). Nous avons adressé une demande de données au site du programme DHS dans laquelle, nous avons expliqué l'utilisation qui en sera faite. Les principes éthiques notamment l'anonymat, la confidentialité et le respect de la vie privée des participants ont été respectés au cours de l'analyse.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques et économiques des participants

L'âge moyen des femmes enceintes était de 27,6 ans ($\pm 6,42$ ans) et celui des hommes était de 36,5 ans ($\pm 8,80$ ans). Les adolescentes et jeunes (15-24 ans) représentaient 36,9%. Chez les hommes, les participants de moins de 25 ans (15-24 ans) représentaient 7,3% (Tableau 1). Plus de 60% des femmes enceintes (65,7%) et des hommes (66,6%) n'étaient pas instruits. La majorité des participant(e)s résidait en milieu rural (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des participants selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	Femmes enceintes (n=577)		Conjoints (n=577)	
Groupe d'âge	n	%	n	%
15-24	213	36,9	42	7,3
25-29	133	23,1	95	16,5
30-34	139	24,1	113	19,6
35-39	69	12,0	127	22,0
40-49	23	4,0	152	26,4
50-54	-	-	27	4,7
55-59	-	-	21	3,6
Catégories socio-professionnelles				
Sans emploi	231	40,2	10	1,7
Vendeur/commerçant	112	19,5	105	18,2
Agriculteur	186	32,4	352	61,0
Ouvrier qualifié	15	2,6	110	19,1
Statut marital				
Marié	402	69,7	541	93,8
Union libre	175	30,3	36	6,2
Durée de cohabitation				
0-4	165	28,6	137	23,7
5-9	134	23,2	121	21,0
10-14	145	25,1	123	21,3
15-19	92	15,9	99	17,2
≥20 ans	41	7,1	97	16,8
Niveau d'éducation				
Aucun	379	65,7	384	66,6
Primaire	72	12,5	100	17,3
Secondaire	116	20,1	69	12,0
Supérieur	10	1,7	24	4,2
Milieu de résidence				
Rural	399	69,2	399	69,2
Urbain	178	30,9	178	30,9
Quintile de richesse				
Très pauvre	106	18,4	106	18,4
Pauvre	93	16,1	93	16,1
Moyen	121	21,0	121	21,0
Riche	143	24,8	143	24,8
Très riche	114	19,8	114	19,8

3.2. Comportement sexuel

Concernant le comportement sexuel, l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 16,8 ans chez les femmes avec un minimum de 11 ans et un maximum de 24 ans. Chez l'homme, l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 21 ans avec un minimum de 12 ans et un maximum

de 45 ans. Plus de 8 femmes enquêtées sur 10 ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans soit 81,6% contre 23,1% chez les hommes. On note également que moins de 1% des femmes enquêtées ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel et 10,1% des hommes ont fait usage du préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Aussi au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 34,0% des hommes enquêtés ont eu au moins 2 partenaires sexuels et 0,5% chez les femmes (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des participants selon le comportement sexuel

Comportement sexuel	Femmes enceintes (n=577)		Conjoints (n=577)	
	N	%	N	%
Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois				
1	574	99,5	381	66,0
2+	3	0,5	196	34,0
Utilisation du préservatif avec le partenaire sexuel le plus récent				
Non	575	99,7	519	90,0
Oui	2	0,4	58	10,1
Age au premier rapport sexuel				
< 18 ans	471	81,6	133	23,1
18 ans et plus	106	18,4	356	61,7

3.3. Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivantes avec le VIH

Les participants qui refuseraient d'acheter des légumes chez des vendeurs vivant avec le VIH représentaient 61,7% chez les femmes et 53,7% chez les hommes soit plus de la moitié des participants chez les hommes comme chez les femmes. Une femme enceinte sur deux (50,8%) ne voudrait pas que son enfant fréquente les mêmes écoles que les enfants vivant avec le VIH. Quant à leurs conjoints, 45,1% n'était également pas favorable que leur enfant fréquente la même école que les enfants vivant avec le VIH.

3.4. Prévalence du dépistage du VIH

La prévalence du dépistage chez les personnes enquêtées était de 59,4% chez les femmes et de 26,0% chez les hommes. Dans 19,9% des couples, les deux partenaires connaissaient leur statut. Dans 39,5% des couples, seule la conjointe était dépistée et dans 6,1% des couples, seul l'homme était dépisté.

En ce qui concerne le milieu de résidence, la prévalence était plus élevée au niveau des zones urbaines (83,2%) comparativement aux zones rurales (48,9%) chez les femmes. La même tendance entre milieu de résidence a été observée chez les hommes avec 41,6% en milieu urbain et 19,1% en milieu rural. Les participants les plus pauvres se faisaient moins dépister avec des prévalences de 28,3% chez les femmes et 8,5% chez les hommes. En revanche, les participants appartenant aux ménages les plus riches se faisaient le plus dépister avec 53,5% pour les

hommes et 88,6% pour les femmes. Les femmes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 18 ans avaient une prévalence de dépistage de 56,9% et celles qui ont eu leurs premiers rapports après l'âge de 18 ans avaient une prévalence de 70,8%. Les hommes qui ont eu leurs premiers rapports avant 18 ans avaient une prévalence de 28,6% contre 25,2% pour ceux qui avaient 18 ans et plus. Ceux qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels étaient les plus dépistés avec une prévalence chez les femmes à 100% et 48,3% chez les hommes. Les femmes qui avaient des attitudes discriminatoires (achat de légume chez les vendeurs vivant avec le VIH) à l'égard des PVVIH avaient une prévalence de dépistage de 40,2% contre 64,2% pour celle qui n'en avaient pas. Aussi, les femmes qui n'acceptaient pas qu'un enfant vivant avec le VIH prenne des cours avec les autres enfants dans les mêmes écoles avaient une prévalence de 53,9% et les hommes qui étaient favorable à la même idée avaient une prévalence de dépistage de 15,0% (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des participants selon la couverture du dépistage

Variables	Femmes enceintes (n=577)		Conjoints (n=577)	
	n	% dépistage	n	% dépistage
Age				
15-24	213	50,2	4	9,5
25-29	133	62,4	42	33,7
30-34	139	65,5	95	34,5
35-39	69	65,2	113	29,1
40-49	23	73,9	127	19,7
50-54	-	-	152	14,8
55-59	-	-	27	19,1
Résidence				
Rural	399	48,9	399	19,1
Urbain	178	83,2	178	41,6
Niveau d'éducation				
Aucun	379	55,2	384	15,1
Primaire	72	58,3	100	32,0
Secondaire	116	70,7	69	53,6
Supérieur	10	100,0	24	95,8
Statut marital				
Marié	402	57,2	541	24,8
Union libre	175	64,6	36	44,4
Durée de cohabitation				
0-4	165	54,6	137	37,2
5-9	134	64,9	121	24,0
10-14	145	60,0	123	28,5
15-19	92	58,7	99	21,2
20 et plus	41	61,0	97	14,4
Quintile de richesse				
Très pauvre	106	28,3	106	8,5

Variables	Femmes enceintes (n=577)		Conjoints (n=577)	
	n	% dépistage	n	% dépistage
Pauvre	93	48,4	93	15,1
Moyen	121	63,6	121	22,3
Riche	143	62,9	143	27,3
Très riche	114	88,6	114	53,5
Profession				
Sans emploi	231	49,6	10	10,0
Vendeur/commerçant	112	78,0	105	35,2
Agriculteur	186	55,5	352	16,2
Ouvrier qualifié	15	84,9	110	50,0
Perception sur l'état de santé				
Très bonne	88	54,6	118	31,4
Bonne	353	62,6	308	24,4
Moyenne	121	52,89	128	24,2
Mauvaise	15	66,7	23	27,3
Visiter un centre de santé les 12 derniers mois				
Non	106	39,6	106	17,0
Oui	471	63,9	471	28,0
Age au 1^{er} rapport sexuel				
Moins de 18 ans	471	56,9	133	28,6
18 ans et plus	106	70,8	444	25,2
Partenaires sexuels multiples				
1-2	507	56,4	259	22,0
3-4	57	82,5	187	22,5
5+	13	76,9	131	38,9
Utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel				
Oui	2	100,0	58	48,3
Non	575	59,3	519	23,5
Posséder un téléphone				
Non	121	35,5	16	6,3
Oui	456	65,8	561	26,6
Utilisation d'internet				
Jamais	503	55,5	369	15,2
les 12 derniers mois	71	85,9	202	45,5
Avant les 12 derniers mois	3	100,0	6	33,3
Acheter des légumes chez un vendeur séropositif				
Non	356	57,0	310	14,5
Oui	207	64,3	254	40,2
Ne sait pas	14	50,0	13	23,1

Variables	Femmes enceintes (n=577)		Conjoints (n=577)	
	n	% dépistage	n	% dépistage
Autoriser un enfant séropositif à fréquenter les mêmes écoles que les enfants non malades				
Non	293	53,9	260	15,0
Oui	255	65,9	287	37,6
Ne sait pas	29	58,6	30	10,0

3.5. Facteurs associés au dépistage anténatal du VIH

À l'issue de l'analyse multivariée, les variables suivantes ont été retenues comme étant associées au dépistage ($p < 0,05$) : Les femmes vivant en milieu rural avaient 35% moins de chance d'être dépistées pour le VIH par rapport à celles en milieu urbain. ($p = 0,006$). Les femmes en union libre avaient 1,7 fois plus de chance de se faire dépister que celles mariées ($p < 0,001$). Les hommes qui avaient au niveau du couple une durée de cohabitation entre 5-9 ans ($p = 0,027$) et 10-14 ans ($p = 0,016$) avaient 84% moins de chance de se faire dépister pour le VIH. Les femmes qui étaient dans les ménages à revenu moyen, riche et très riche avaient respectivement 2,69 fois ($p < 0,001$) ; 1,8 fois ($p \text{ value} = 0,037$) et 2,87 fois ($p < 0,001$) plus de chance de se faire dépister que les femmes des ménages très pauvres. Les hommes qui ont eu leur premier rapport sexuel à plus de 18 ans étaient plus susceptibles de se faire dépister ($p = 0,021$). Les hommes qui acceptaient payer des légumes chez un vendeur séropositif ont 3 fois ($p = 0,037$) plus de chance de se faire dépister pour le VIH que ceux qui n'achètent pas chez un vendeur séropositif. Chez les femmes, celles qui étaient favorables à cette idée avaient 32% moins ($p = 0,026$) de chance de se faire dépister. Par contre, les femmes acceptant l'idée d'autoriser un enfant atteint du VIH à fréquenter les mêmes écoles que les enfants non malades, étaient plus susceptibles de faire le dépistage du VIH. Ainsi, avaient-elles 1,7 fois ($p = 0,039$) plus de chance de se faire dépister que les femmes qui n'étaient pas favorables à cette idée. Les hommes qui ont fait usage d'internet ces 12 derniers avaient 61% moins chance de se faire dépister pour le VIH ($p = 0,015$). Les hommes ayant utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels avaient 3 fois plus de chance de se faire dépister pour le VIH ($p = 0,041$).

Tableau 4 : Déterminants du dépistage anténatal du VIH chez les femmes enceintes et leurs conjoints

Dépistage VIH	Femmes enceintes (n=577)			Conjoints (n=577)		
	RPa	p-value	IC à 95%	RPa	P-value	IC à 95%
Age						
15-24	1			1		
25-29	0,91	0,714	[0,57 1,45]	1,90	0,470	[0,33 10,93]
30-34	1,16	0,573	[0,67 2,01]	1,41	0,668	[0,29 6,90]
35-39	0,88	0,715	[0,45 1,70]	2,38	0,28	[0,49 11,56]
40-49	0,59	0,374	[0,19 1,86]	1,32	0,761	[0,21 8,05]

Dépistage VIH	Femmes enceintes (n=577)				Conjoints (n=577)			
	RPa	p-value	IC à 95%		RPa	P-value	IC à 95%	
50-54					2,76	0,351	[0,32	23,3]
55-59					5,98	0,289	[0,21	163,0]
Résidence								
Urbain	1				1			
Rural	0,65	0,006	[0,48	0,88]	0,77	0,61	[0,29	2,06]
Niveau d'éducation								
Aucun	1				1			
Primaire	0,99	0,977	[0,62	1,57]	2,25	0,066	[0,94	5,38]
Secondaire	0,93	0,73	[0,64	1,35]	1,75	0,328	[0,56	5,42]
Supérieur	1,26	0,629	[0,49	3,25]	6,40	0,086	[0,77	53,16]
Statut marital								
Marié	1				1			
Vivant avec un partenaire	1,74	<0,001	[1,28	2,38]	2,66	0,063	[0,94	7,49]
Durée de cohabitation								
0-4	1				1			
05-09	1,27	0,255	[0,84	1,93]	0,16	0,027	[0,03	0,80]
10-14	1,08	0,781	[0,62	1,85]	0,16	0,016	[0,03	0,71]
15-19	1,06	0,87	[0,52	2,14]	0,39	0,089	[0,13	1,15]
≤20	1,91	0,095	[0,89	4,12]	0,14	0,096	[0,01	1,41]
Indice de richesse								
Très pauvre	1				1			
Pauvre	1,62	0,092	[0,92	2,85]	1,25	0,687	[0,41	3,79]
Moyen	2,69	<0,001	[1,67	4,33]	0,54	0,351	[0,15	1,94]
Richesse	1,80	0,037	[1,03	3,14]	2,31	0,132	[0,77	6,92]
Très riche	2,87	<0,001	[1,65	4,99]	2,50	0,239	[0,54	11,58]
Perception sur l'état de santé								
Très bon	1				1			
Bon	1,14	0,45	[0,80	1,64]	0,56	0,264	[0,21	1,53]
Moyenne	0,83	0,462	[0,50	1,36]	0,66	0,511	[0,20	2,21]
Mauvaise	0,99	0,98	[0,53	1,84]	1,69	0,522	[0,33	8,46]
Age du premier rapport sexuel								
Moins de 18 ans	1				1			
Plus de 18 ans	0,80	0,209	[0,58	1,12]	2,39	0,021	[1,13	5,03]

Dépistage VIH	Femmes enceintes (n=577)				Conjoints (n=577)			
	RPa	p-value	IC à 95%		RPa	P-value	IC à 95%	
Partenaires sexuels multiples								
1-2	1				1			
3-4	1,09	0,706	[0,69	1,70]	0,96	0,945	[0,40	2,34]
5+	1,96	0,126	[0,82	4,68]	2,54	0,096	[0,84	7,62]
Acheter des légumes à un vendeur séropositif								
Non	1				1			
Oui	0,68	0,026	[0,48	0,95]	3,09	0,037	[1,07	8,93]
Ne sait pas	0,33	0,294	[0,04	2,57]	0,20	<0,01	[0,3	0,56]
Autoriser un enfant atteint du VIH à fréquenter les mêmes écoles que les enfants non malades								
Non	1				1			
Oui	1,37	0,039	[1,01	1,85]	0,85	0,776	[0,28	2,55]
Ne sait pas	0,83	0,435	[0,53	1,31]	0,82	0,875	[0,08	8,53]
Posséder un téléphone								
Non	1							
Oui	1,18	0,368	[0,81	1,72]				
Utilisation d'internet								
Jamais	1				1			
Avant les 12 derniers mois	0,92	0,725	[0,57	1,46]	0,39	0,015	[0,18	0,83]
Après les 12 derniers mois	1,67	0,063	[0,97	2,89]	0,534	0,461	[0,10	2,82]
Utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel								
Non	1				1			
Oui	2,21	0,071	[0,93	5,26]	3,06	0,041	[1,04	9,00]

RPa : Rapport de prévalence ajusté.

4. Discussion

4.1. Principaux résultats

La présente étude a examiné les déterminants du dépistage anténatal du VIH chez les femmes enceintes et leurs conjoints, mettant en lumière plusieurs facteurs influençant cette pratique cruciale en santé publique. Notre étude a montré une prévalence du dépistage de 59,4% chez les femmes enceintes et de 26% chez les hommes. Les déterminants du dépistage chez les femmes enceintes et leurs conjoints semblent différents. Ainsi, nous avons montré que les principaux déterminants du dépistage chez les femmes étaient : le milieu de résidence, le statut marital, l'indice de richesse et les attitudes discriminatoires envers les PVVIH. Les facteurs qui étaient associés au dépistage chez les hommes étaient : la durée de cohabitation, l'âge lors du premier rapport sexuel, les attitudes discriminatoires envers les PVVIH, l'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel et l'utilisation d'internet.

4.2. Dépistage du VIH au sein du couple

Dans notre étude, nous avons noté que seulement 19,9% des couples connaissaient leur statut et dans 39,5% des cas, seule la femme était dépistée, dans 6,1% des cas, seul l'homme était dépisté. Lépine et al au Nigéria (Lepine, Terris-Prestholt, & Vickerman, 2015) trouvaient que dans seulement 6% des couples les deux partenaires étaient dépistés pour le VIH. Les déterminants comme la pauvreté, le manque d'instruction formelle, la stigmatisation des PVVIH et la religion musulmane étaient associés à ce faible taux de dépistage (Lepine et al., 2015). Selon Muhindo et al (Muhindo, Nakalega, & Nankumbi, 2015), en Uganda, parmi les participants ayant déjà réalisé un test de dépistage seulement 34,4% l'ont fait dans le cadre d'un counseling de couple. Les principaux déterminants du dépistage du VIH dans le cadre d'un counseling de couple étaient la discussion du dépistage du VIH avec le partenaire, la connaissance des avantages du dépistage du couple, et le fait que le couple dispose de temps pour la réalisation du counseling de dépistage du VIH. En Éthiopie en 2020 dans une étude réalisée par Gizaw et al, la prévalence du dépistage chez les partenaires de femmes enceintes était de 63,7 % (Gizaw, Boke, & Geremew, 2021).

Chez les femmes enceintes, on notait une prévalence du dépistage de 59,4%. Malgré la politique de dépistage systématique des femmes enceintes lors des SPN, près de trois femmes enceintes sur cinq n'ont jamais bénéficié d'un dépistage du VIH. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les agents de santé n'arrivent pas à faire la proposition du dépistage VIH à toutes les femmes enceintes se présentant pour les SPN (Archou et al., 2023). Dans une étude au Maroc Archou et al ont trouvé que seul 65,2% des participantes ont reçu une proposition du dépistage VIH au cours de leurs grossesses. Les auteurs ont aussi noté que certaines femmes à qui la proposition du dépistage était faite n'étaient pas favorables à la réalisation du test de dépistage (Archou et al., 2023). Une autre raison pouvant expliquer ce faible taux de dépistage est la qualité des services (Desclaux, Ky-Zerbo, Somé, & Obermeyer, 2014). Desclaux et al ont noté dans une étude au Burkina Faso que l'absence d'infrastructures adéquates et de bonnes conditions de travail peut être un facteur limitant majeur pour les agents de santé à offrir le test de dépistage du VIH (Bott et al., 2015; Desclaux et al., 2014). La situation est encore plus critique chez les conjoints de ces femmes, car comme nous l'avons montré dans la présente étude, moins d'un tiers (26%) des conjoints ont déjà fait un test de dépistage du VIH. Dans certains pays comme

l’Ethiopie, la couverture du dépistage du VIH chez les conjoints des femmes semble légèrement élevée. En effet, Kachero et Kinfe (Markos Kachero & Arba Kinfe, 2021) trouvaient que 63,7% des maris avait déjà été testé pour le VIH. Quant à Chanyalem et al (Chanyalew, Girma, Birhane, & Chanie, 2021) toujours en Ethiopie, ils trouvaient 53,7%. D’une manière générale, on note une faible adhésion des maris des femmes enceintes au dépistage du VIH dans les pays à faible revenus. Des approches combinant une promotion de la santé, un accroissement du personnel de santé et une approche communautaire avec un autotest du VIH ont été proposés afin d’améliorer l’adhésion des maris au dépistage du VIH (Ezeanolue et al., 2017; Mutale et al., 2021; Triulzi et al., 2019).

4.3. Déterminants du dépistage anténatal du VIH chez les femmes enceintes

Notre étude a identifié divers facteurs individuels associés au recours au dépistage du VIH chez les femmes enceintes. Comme précédemment mentionné, nous avons trouvé que la résidence, le statut marital et le quintile de richesse étaient significativement associés au dépistage du VIH, de même que les attitudes stigmatisantes. Les femmes enceintes qui résidaient en milieu rural avaient moins de chance de se faire dépister pour le VIH comparativement à celles qui résidaient en milieu urbain et cette constatation est en accord avec celle faite par Worku et al dans une étude menée en Ethiopie (Misganaw GW, Achamyelch BT, ans et Getayeneh AT, 2021). Cela peut s’expliquer par le fait que les établissements de santé sont moins accessibles aux populations en milieu rural comparativement au milieu urbain et cela réduit leur chance de bénéficier du conseil dépistage du VIH. Cependant, les formations sanitaires du milieu rural semble avoir une meilleure capacité de dépistage du VIH et de prévention de la transmission mère-enfant que celles du milieu urbain (Fassinou, Hien, Yombi, Nagot, & Kirakoya-Samadoulougou, 2023). Aussi, les femmes issues des ménages riches avaient plus de chance de se faire dépister pour le VIH que les femmes issues des ménages pauvres et cela a été constaté également par Paulin et al au Mozambique (Paulin et al., 2015). D’autres études menées par Worku et al ; Kirakoya-Samadoulougou et al faisaient le même constat (Kirakoya-Samadoulougou et al., 2017; Worku, Teshale, & Tesema, 2021). Cela peut s’expliquer par le fait que les femmes appartenant aux couches socioéconomiques riches ont généralement un niveau d’éducation élevé et disposent des moyens économiques nécessaires pour s’offrir les services de santé y compris les services du conseil dépistage volontaire du VIH (Erena, Shen, & Lei, 2019). La décision de se faire dépister peut être influencée par une tiers personne ou les réseaux sociaux et la lutte contre la réprobation et les opinions stigmatisant peut significativement améliorer le dépistage du VIH (Kirakoya-Samadoulougou et al., 2017).

4.4. Déterminants du dépistage du VIH chez les hommes

Chez les conjoints, les facteurs associés au dépistage du VIH sont: la durée de cohabitation ; l’âge au premier rapport sexuel ; l’utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel ; l’utilisation d’internet et les attitudes stigmatisantes.

Les hommes issus des couples avec une durée de cohabitation inférieure ou égale à quatre ans ont plus de chance de se faire dépister pour le VIH par rapport aux hommes issus des couples avec une durée de cohabitation de cinq ans et plus. Cela a été constaté dans une étude menée en Ouganda par Matovu et al (Matovu et al., 2016). Cela peut s’expliquer par le fait que pour

certaines le VIH est perçu comme une conséquence de l'infidélité (Remien et al., 2009). Nous avons trouvé que les hommes dont l'âge au premier rapport sexuel était supérieur à 18 ans ont plus de chance de se faire dépister pour le VIH. Cela a été également constaté par Asresie et al dans une étude menée en Ethiopie (Asresie, Worku, & Bekele, 2023). Cela peut s'expliquer par le manque de connaissance sur le dépistage du VIH ou la peur de se faire dépister (Asaolu et al., 2016; Ibrahim, Ipadeola, Adebayo, & Fatusi, 2013). Les hommes qui ne présentaient pas d'attitudes stigmatisantes avaient plus de chance de se faire dépister pour le VIH. Cette constatation est retrouvée également par Kirakoya-Samadoulougou et al dans une étude au Burkina Faso (Kirakoya-Samadoulougou et al., 2017). Cela peut s'expliquer par l'effet des interventions en matière de conseil et du dépistage volontaire à base communautaire qui semble avoir amélioré les normes sociales concernant le dépistage du VIH.

4.5. Implications en matière de santé publique

On note une faible couverture du dépistage du VIH surtout chez les conjoints. Dans la littérature d'une manière générale, les études montrent un faible taux de dépistage chez les conjoints. Plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer ce faible taux de dépistage. Des mesures pour accroître le dépistage du VIH chez les couples sont proposées. Ainsi, lors d'un essai clinique randomisé en grappe, Sibanda et al (Sibanda et al., 2017), en 2017 au Zimbabwe, ont montré que des mesures incitatives non monétaires, peuvent augmenter significativement le taux de dépistage du VIH dans le couple. Les mesures incitatives n'ont pas augmenté les préjudices sociaux comparativement à ce que l'on rencontre habituellement avec le counseling de couple sans mesures incitatives. L'intervention pourrait contribuer à la réalisation des objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA selon les auteurs (Sibanda et al., 2017). Le dépistage et conseil communautaire en matière de VIH ont le bénéfice d'avoir une plus grande couverture et une utilisation plus élevée que les tests de dépistage en établissement au sein de la population en général. Pour ce qui concerne les hommes, le dépistage mobile selon une revue systématique et une méta-analyse a montré des résultats encourageants (Sharma, Ying, Tarr, & Barnabas, 2015). D'une façon générale, le dépistage à domicile et mobile, l'auto dépistage et la sensibilisation des populations peuvent augmenter la proportion d'hommes, de jeunes adultes et d'individus à haut risque dépistés pour le VIH (Sharma et al., 2015). Selon Arije et al (Arije et al., 2024) à travers une étude visant à accroître la demande de service de conseil, de dépistage, de traitement et de prévention du VIH parmi les femmes enceintes et les enfants au Nigéria, l'utilisation des structures communautaires existantes (les accoucheuses traditionnelles, les agents de santé villageois et les vendeurs de médicaments brevetés et exclusifs) peut significativement augmenter le taux de dépistage chez les femmes enceintes, réduire la TME et améliorer les liens avec les services de soins. L'implication des maris et la lutte contre la stigmatisation ont été aussi notées comme éléments essentiels pour améliorer les résultats en matière de dépistage.

4.6. Limites de l'étude

Les limites potentielles que peut présenter notre étude du fait de l'utilisation de bases de données existantes sont entre autres : le nombre limité de variables disponibles. En effet, les données étant déjà collectées pour d'autres objectifs certaines variables importantes pour analyser le dépistage du VIH n'ont pas été collectées. Il s'agit entre autres du manque

d'information sur le niveau de connaissance du VIH et certaines variables de l'indice de stigmatisation. Ces variables auraient permis un meilleur ajustement du modèle final. Plusieurs variables incluant le dépistage du VIH et les comportements sexuels utilisées dans notre analyse ont été auto-déclarées lors de l'enquête, ce qui pourrait entraîner des biais de désirabilité sociale.

5. Conclusion

Cette étude met en évidence la faible prévalence du dépistage chez les femmes enceintes et leurs conjoints. À ces prévalences de dépistage qui sont inférieures aux objectifs en matière de dépistage au niveau national, il faut ajouter le nombre très important de couples séroignorants. Parmi les couples enquêtés seulement 19,9% ont les deux partenaires qui sont dépistés. Plusieurs facteurs étaient associés à ces faibles prévalences du dépistage. Au titre des facteurs sociodémographiques, on note entre autres pour les femmes : le milieu de résidence, le statut marital, l'indice de richesse et les attitudes stigmatisant envers les PVVIH. Les facteurs qui étaient associés au dépistage chez les hommes étaient : la durée de cohabitation, l'âge lors du premier rapport sexuel, attitudes stigmatisantes, l'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel et l'utilisation d'internet. La prévalence du dépistage pourrait être améliorée en faisant la sensibilisation au niveau communautaire pour réduire significativement la stigmatisation envers les PVVIH. La promotion du conseil dépistage volontaire auprès des couples associée à une bonne intégration des hommes dans le système des soins maternels et infantile et les services de santé de la reproduction contribuerait à l'amélioration de la prévalence du dépistage au sein du couple. Pour des futurs conjoints, il faudrait les encourager à faire leurs bilans prénuptiaux dans le but de connaître chacun la sérologie de l'autre. En plus du dépistage, il conviendrait également de mettre en place des stratégies adaptées pour le partage de l'information sur le statut sérologique au sein des couples surtout pour les couples sérodiscordants. Des études futures pour mieux comprendre les raisons de la faible prévalence du dépistage du VIH chez les conjoints sont nécessaires pour mieux orienter les actions proposées.

Remerciements

Les auteurs remercient Dr Désiré DAHOUROU, Dr Adama OUATTARA, Dr Solange OUEDRAOGO/DIOMA, Professeur Ismaël DIALLO et Dr Henri Gautier OUEDRAOGO pour la relecture du manuscrit.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt lié à cet article.

Références bibliographiques

- Appau, R., Aboagye, R. G., Nyahe, M., Khuzwayo, N., & Tarkang, E. E. (2024). Predictive ability of the health belief model in HIV testing and counselling uptake among youth aged 15–24 in La-Nkwantanang-Madina Municipality, Ghana. *BMC Public Health*, 24(1), 1825. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19362-4>
- Archou, R., Ouadrhiri, M., Touil, D., Boucetta, M., Abdelkhalek, H., Rachid, A., & Kamélia, A. (2023). Test rapide de dépistage du VIH chez les femmes enceintes au Maroc : Etude sur les connaissances, perceptions et pratiques de réalisation. *Journal of Nursing and*

- Biomedical Sciences*, 2(1). Consulté à l'adresse <https://revues.imist.ma/index.php/JNBS/article/view/39446>
- Arije, O., Titus, R., Omisile, I., Dadi, A., Garba, D., Godpower, O., ... Onayade, A. (2024). Process evaluation of the « Lafiyar Yara » project on enhancing access to HIV testing services using existing community structures in Nigeria. *BMC Public Health*, 24(1), 624. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18045-4>
- Asaolu, I. O., Gunn, J. K., Center, K. E., Koss, M. P., Iwelunmor, J. I., & Ehiri, J. E. (2016). Predictors of HIV Testing among Youth in Sub-Saharan Africa : A Cross-Sectional Study. *PLOS ONE*, 11(10), 12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164052>
- Asresie, M. B., Worku, G. T., & Bekele, Y. A. (2023). HIV Testing Uptake Among Ethiopian Rural Men : Evidence from 2016 Ethiopian Demography and Health Survey Data. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*, 15, 225-234. <https://doi.org/10.2147/HIV.S409152>
- Bott, S., Neuman, M., Helleringer, S., Desclaux, A., Asmar, K. E., Obermeyer, C. M., & Group, the M. (Multi-country A. T. and C. for H. S. (2015). Rewards and challenges of providing HIV testing and counselling services : Health worker perspectives from Burkina Faso, Kenya and Uganda. *Health Policy and Planning*, 30(8), 964-975. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu100>
- Chanyalew, H., Girma, E., Birhane, T., & Chanie, M. G. (2021). Male partner involvement in HIV testing and counseling among partners of pregnant women in the Delanta District, Ethiopia. *PLOS ONE*, 16(3), e0248436. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248436>
- Chemaitelly, H., Awad, S. F., Shelton, J. D., & Abu-Raddad, L. J. (2014a). Sources of HIV incidence among stable couples in sub-Saharan Africa. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1), 18765. <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.18765>
- Chemaitelly, H., Awad, S. F., Shelton, J. D., & Abu-Raddad, L. J. (2014b). Sources of HIV incidence among stable couples in sub-Saharan Africa. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1), 18765. <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.18765>
- Desclaux, A., Ky-Zerbo, O., Somé, J., & Obermeyer, C. (2014). New issues for HIV Counseling and Testing in the time of Test and Treat in low prevalence countries : Insights from Burkina Faso Workshop Montpellier (France), April 29 2014. *Medecine et sante tropicales*, 24. <https://doi.org/10.1684/mst.2014.0399>
- Dunkle, K. L., Stephenson, R., Karita, E., Chomba, E., Kayitenkore, K., Vwalika, C., ... Allen, S. (2008). New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda : An analysis of survey and clinical data. *Lancet (London, England)*, 371(9631), 2183-2191. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60953-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60953-8)
- Erena, A. N., Shen, G., & Lei, P. (2019). Factors affecting HIV counselling and testing among Ethiopian women aged 15-49. *BMC Infectious Diseases*, 19(1), 1076. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4701-0>
- Ezeanolue, E. E., Obiefune, M. C., Yang, W., Ezeanolue, C. O., Pharr, J., Osuji, A., ... Ehiri, J. E. (2017). What do You Need to Get Male Partners of Pregnant Women Tested for HIV in Resource Limited Settings? The Baby Shower Cluster Randomized Trial. *AIDS and Behavior*, 21(2), 587-596. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1626-0>
- Fassinou, L. C., Hien, H., Yombi, J. C., Nagot, N., & Kirakoya-Samadoulougou, F. (2023). Availability and readiness of the health facilities to provide HIV counseling and testing and prevention of mother-to-child transmission services in Burkina Faso : A trend analysis from 2012 to 2018. *BMC Health Services Research*, 23(1), 757. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09757-1>

- Gebregziabher, M., Dai, L., Vrana-Diaz, C., Teklehaimanot, A., & Sweat, M. (2018). Gender Disparities in Receipt of HIV Testing Results in Six Sub-Saharan African Countries. *Health Equity*, 2(1), 384-394. <https://doi.org/10.1089/heq.2018.0060>
- Gizaw, Y. T., Boke, M. M., & Geremew, A. B. (2021). Determinants of HIV testing uptake among partners of pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia : A community-based study. *The Pan African Medical Journal*, 39, 7. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.7.27839>
- Hampanda, K. M., Pelowich, K., Freeborn, K., Graybill, L. A., Mutale, W., Jones, K. R., ... Chi, B. H. (2023). Strategies to increase couples HIV testing and counselling in sub-Saharan Africa : A systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 26(3), e26075. <https://doi.org/10.1002/jia2.26075>
- Ibrahim, M., Ipadeola, O., Adebayo, S., & Fatusi, A. (2013). Socio-demographic Determinants of HIV Counseling and Testing Uptake among Young People in Nigeria. *International Journal of Prevention and Treatment*, 2(3), 23-31.
- INSD. (2023). ANALYSE APPROFONDIE BAISSSE DE LA FECONDITE AU BURKINA FASO : PHENOMENE GENERALISE OU CIRCONSCRIT A CERTAINES SOUS POPULATIONS ? Consulté à l'adresse <https://www.insd.bf/sites/default/files/2024-07/Baisse%20de%20la%20f%C3%A9condit%C3%A9%20au%20Burkina%20Faso.pdf>
- Institut National de la Statistique et de la Démographie. (2023). *Enquête Démographique et de Santé 2021* (p. 812). Consulté à l'adresse https://www.insd.bf/sites/default/files/2023-09/EDS%20Burkina%20Faso%202021_VF_07-09-23.pdf
- Kirakoya-Samadoulougou, F., Jean, K., & Maheu-Giroux, M. (2017). Uptake of HIV testing in Burkina Faso : An assessment of individual and community-level determinants. *BMC Public Health*, 17, 486. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4417-2>
- Lakhe, N., Mbaye, K., Sylla, K., & Ndour, C. (2019). HIV screening in men and women in Senegal : Coverage and associated factors; Analysis of the 2017 demographic and health survey. *BMC Infectious Diseases*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4717-5>
- LEE, J. (1994). Odds Ratio or Relative Risk for Cross-Sectional Data? *International Journal of Epidemiology*, 23(1), 201-203. <https://doi.org/10.1093/ije/23.1.201>
- Lépine, A., Terris-Prestholt, F., & Vickerman, P. (2015). Determinants of HIV testing among Nigerian couples : A multilevel modelling approach. *Health Policy and Planning*, 30(5), 579-592. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu036>
- Lepine, A., Terris-Prestholt, F., & Vickerman, P. (2015). Determinants of HIV testing among Nigerian couples : A multilevel modelling approach. *Health Policy and Planning*, 30(5), 579-592. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu036>
- Markos Kachero, M., & Arba Kinfe, A. (2021). Utilization of HIV Test Service Among Pregnant Women's Partners and Its Associated Factors in Selected Sub-Cities of Addis Ababa, 2019 : A Community-Based Cross-Sectional Study. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, 13, 135-143. <https://doi.org/10.2147/HIV.S289445>
- Matovu, J. K. B., Todd, J., Wanyenze, R. K., Kairania, R., Serwadda, D., & Wabwire-Mangen, F. (2016). Evaluation of a demand-creation intervention for couples' HIV testing services among married or cohabiting individuals in Rakai, Uganda : A cluster-randomized intervention trial. *BMC Infectious Diseases*, 16(1), 379. <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1720-y>
- Millogo, A., Toe, P., Sanon, A., Konaté, B., Tassembledo, S., & Traoré, I. T. (2022). Représentations du VIH/Sida et partage de l'information sur la sérologie dans les couples sérodifférents au Burkina Faso. *Santé Publique*, 34(5), 727-736. <https://doi.org/10.3917/spub.225.0727>

- Ministère de la santé et de l'hygiène publique. (2021). *Plan de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis et de l'hépatite b 2021-2025*. Burkina Faso.
- Misganaw GW, Achamyelch BT, ans et Getayeneh AT. (2021). Prévalence et facteurs associés au dépistage du VIH chez les femmes enceintes : Une analyse à plusieurs niveaux utilisant les récentes données d'enquêtes démographiques et sanitaires de 11 pays d'Afrique de l'Est. *HIV/AIDS-Research and palliative care*. Consulté à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7886292/>
- Muhindo, R., Nakalega, A., & Nankumbi, J. (2015). Predictors of couple HIV counseling and testing among adult residents of Bukomero sub-county, Kiboga district, rural Uganda. *BMC Public Health*, 15(1), 1171. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2526-3>
- Mutale, W., Freeborn, K., Graybill, L. A., Lusaka, M. M., Mollan, K. R., Mweemba, O., ... Chi, B. H. (2021). Addition of HIV self-test kits to partner notification services to increase HIV testing of male partners of pregnant women in Zambia : Two parallel randomised trials. *The Lancet Global Health*, 9(12), e1719-e1729. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00393-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00393-4)
- Nyeseh Ofori, K. (2019). Application of the Health Belief Model to HIV Testing and Counselling Among Youth Living in Selected Rural Communities in Ghana. *International Journal of HIV/AIDS Prevention, Education and Behavioural Science*, 5(1), 11. <https://doi.org/10.11648/j.ijhpebs.20190501.12>
- ONUSIDA. (2022). *Rapport mondial actualisé sur le sida 2022* (p. 373). Genève Suisse.
- ONUSIDA. (2023). *THE PATH THAT ENDS AIDS: UNAIDS GLOBAL AIDS UPDATE 2023* (N° 2023; p. 196). Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Consulté à l'adresse https://thepath.unaids.org/wp-content/themes/unaids2023/assets/files/2023_report.pdf
- ONUSIDA. (2024). *Suivi mondial de la lutte contre le sida 2025—Indicateurs et questions pour le suivi des progrès de la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2021*. Consulté à l'adresse https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_fr.pdf
- Oo, T. A. A., Romo, M. L., George, G., Mwai, E., Nyaga, E., Mantell, J. E., ... Kelvin, E. A. (2024). Using the Health Belief Model to Understand Why Making Oral HIV Self-Testing Available to Truck Drivers in Kenya Had Little Impact on Six-Month Testing. *AIDS and Behavior*, 28(12), 4118-4126. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04500-1>
- Organisation mondiale de la santé; Région Africaine. (2024). *Rapport biennal 2022/2023; Rendre la santé accessible : L'engagement de l'OMS*. OMS. Consulté à l'adresse https://www.afro.who.int/sites/default/files/2024-09/OMS%20Burkina%20Faso_Rapport%20biennal%202022-2023.pdf
- Paulin, H. N., Blevins, M., Koethe, J. R., Hinton, N., Vaz, L. M., Vergara, A. E., ... Wester, C. W. (2015). HIV testing service awareness and service uptake among female heads of household in rural Mozambique : Results from a province-wide survey. *BMC Public Health*, 15(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1388-z>
- Pinkerton, S. D., & Galletly, C. L. (2007). Reducing HIV Transmission Risk by Increasing Serostatus Disclosure : A Mathematical Modeling Analysis. *AIDS and Behavior*, 11(5), 698-705. <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9187-2>
- Remien, R. H., Chowdhury, J., Mokhbat, J. E., Soliman, C., Adawy, M. E., & El-Sadr, W. (2009). Gender and Care : Access to HIV Testing, Care and Treatment. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), 51(Suppl 3), S106-S110. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181aafd66>
- Seif, S. J., Oguma, E. D., & Joho, A. A. (2025). Using health belief model to assess the determinants of HIV/AIDS prevention behavior among university students in Central,

- Tanzania : A cross-sectional study. *PLOS Global Public Health*, 5(2), e0004305. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004305>
- Sharma, M., Ying, R., Tarr, G., & Barnabas, R. (2015). Systematic review and meta-analysis of community and facility-based HIV testing to address linkage to care gaps in sub-Saharan Africa. *Nature*, 528(7580), S77-85. <https://doi.org/10.1038/nature16044>
- Sibanda, E. L., Tumushime, M., Mufuka, J., Mavedzenge, S. N., Gudukeya, S., Bautista-Arredondo, S., ... Cowan, F. M. (2017). Effect of non-monetary incentives on uptake of couples' counselling and testing among clients attending mobile HIV services in rural Zimbabwe : A cluster-randomised trial. *The Lancet Global Health*, 5(9), e907-e915. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30296-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30296-6)
- Somé, J. F., Desclaux, A., Ky-Zerbo, O., Lougué, M., Kéré, S., Obermeyer, C., & Simaga, F. (2014). Les campagnes de dépistage du VIH, une stratégie efficace pour l'accès universel à la prévention et au traitement ? L'expérience du Burkina Faso. *Medecine et sante tropicales*, 24(1), 73-79. <https://doi.org/10.1684/mst.2014.0298>
- SP/CNLS-IST. (2021). *Cadre stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les infections sexuellement transmissibles (CSN-Sida) 2021-2025*. Burkina Faso.
- SP/CNLS-IST, PSSLS-IST. (2021). *Normes et protocoles de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso* (6ème édition). Burkina Faso.
- Teshale, A. B., & Tesema, G. A. (2022). Discriminatory attitude towards people living with HIV/AIDS and its associated factors among adult population in 15 sub-Saharan African nations. *PLOS ONE*, 17(2), e0261978. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261978>
- Triulzi, I., Palla, I., Ciccacci, F., Orlando, S., Palombi, L., & Turchetti, G. (2019). The effectiveness of interventions to involve men living with HIV positive pregnant women in low-income countries : A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 19(1), 943. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4689-6>
- Worku, M. G., Teshale, A. B., & Tesema, G. A. (2021). Prevalence and Associated Factors of HIV Testing Among Pregnant Women : A Multilevel Analysis Using the Recent Demographic and Health Survey Data from 11 East African Countries. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, 13, 181-189. <https://doi.org/10.2147/HIV.S297235>
- World Health Organization. (2012). *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples : Recommendations for a public health approach*. WHO IRIS. Consulté à l'adresse <https://iris.who.int/handle/10665/44646>

© 2025 CISSE, 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.



To cite: Salami, L., et al. (2025). Enquête post campagne de vaccination contre la rougeole dans les provinces de la RDC en 2023 : couverture vaccinale et facteurs associés. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 290- 307. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.20>

Research

Enquête post-campagne de vaccination contre la rougeole dans les provinces de la RDC en 2023 : couverture vaccinale et facteurs associés *Post-campaign survey against measles vaccination in the provinces of the DRC in 2023: vaccination coverage and associated factors*

Lamidhi Salami^{1,2,*}, Virginie Mongbo¹, Marcellin Nimpa Mengouo³, M. Carolina Danovaro-Holliday⁴, Moïse Désiré Yapi³

¹Institut Régional de Santé Publique, Université d'Abomey Calavi, Bénin

²Cabinet d'étude Expert, Kinshasa, République Démocratique du Congo

³Bureau Organisation Mondiale de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo

⁴Bureau Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse

* **Correspondance : email : s.lamidhi@yahoo.com ; Tel : +229 0197471287**

Résumé

Cette étude, réalisée conformément au plan d'élimination de la rougeole de la RDC, à la suite de la campagne de vaccination de suivi des enfants de 6 à 59 mois contre la rougeole, visait à évaluer la couverture vaccinale et à identifier les facteurs qui contribuent à son amélioration. Exécutée de 2023 à 2024 dans les 26 provinces, selon la méthode de sondage en grappe à plusieurs degrés de 2018 de l'OMS, elle a couvert 9 627 de ces enfants pendant la campagne, sélectionnés par tirage aléatoire à plusieurs degrés, en partant de la zone de santé jusqu'au ménage. L'analyse bivariée puis multivariée des données des ménages sur les caractéristiques et le statut vaccinal de l'enfant, ainsi que les comparaisons avant et après la campagne des couvertures vaccinales, au seuil de signification $p=5\%$, ont permis d'établir que 90,92% enfants étaient vaccinés au cours de la campagne selon carte et histoire ; 12,88% l'étaient selon la carte et 10,49% possédaient une carte correctement remplie. L'objectif de couverture de la campagne était atteint dans 14 provinces. La couverture vaccinale, plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain, augmentait avec l'âge des enfants, était plus élevée chez les garçons que chez les filles, et chez les enfants à la charge des mères que chez ceux gardés par leur père. Ces résultats qui révèlent l'apport de la campagne au statut vaccinal des enfants indiquent la nécessité d'adaptation des stratégies vaccinales basées sur les disparités liées aux caractéristiques des enfants dont le milieu de résidence.

Mots clés : vaccination, rougeole, campagne, RDC, couverture vaccinale, enquête, facteurs.

Abstract

This study, conducted in accordance with the DRC's measles elimination plan, following the follow-up vaccination campaign for children aged 6 to 59 months against measles, aimed to assess vaccination coverage and identify factors contributing to its improvement. Implemented from 2023 to 2024 in all 26 provinces, using the WHO's 2018 multi-stage cluster sampling

method, it covered 9,627 of these children during the campaign, selected by multi-stage random sampling, from the health zone down to the household level. Bivariate and then multivariate analysis of household data on children's characteristics and vaccination status, as well as comparisons of vaccination coverage before and after the campaign (at a significance level of $p=5\%$), established that 90.92% of children were vaccinated during the campaign, according to map and history data. 12.88% were registered according to the map, and 10.49% had a correctly completed card. The campaign's coverage target was met in 14 provinces. Vaccination coverage, higher in rural than urban areas, increased with the children's age, was higher among boys than girls, and higher among children cared for by their mothers than by their fathers. These results, which highlight the campaign's contribution to children's vaccination status, indicate the need to adapt vaccination strategies based on disparities related to children's characteristics, including their place of residence.

Keywords: vaccination, measles, campaign, DRC, vaccination coverage, survey, factors.

1. Introduction

La rougeole est une maladie hautement contagieuse et mortelle à prévention vaccinale. Avec le déclin des couvertures vaccinales au niveau mondial lors de la pandémie de COVID-19, la couverture mondiale estimée pour la première dose de vaccin contenant le virus de la rougeole (MCV1) est passé à 81% en 2021, soit son niveau le plus bas depuis 2008. Dans le monde, cela s'est accompagné, de 2022 à 2023, d'une augmentation du nombre estimé de cas de rougeole de 20 % et du nombre de pays connaissant des épidémies importantes ou perturbatrices qui est passé de 36 à 57 (Minta et al., 2024). Avec, en 2023, aucun pays n'ayant atteint l'élimination, 47% des épidémies importantes ou perturbatrices et quatre des dix pays comptant le plus grand nombre de nourrissons non vaccinés dans le monde, l'Afrique apparaît comme le continent le plus touché (Minta et al., 2024). En réponse à cette situation, et s'inscrivant dans la dynamique du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, le Comité Régional Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé aux pays de poursuivre la mise en œuvre de leur plan stratégique pour l'élimination de la rougeole (OMS-Afro, 2021 ; Organisation mondiale de la santé, 2018).

Après son premier plan stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020, la République Démocratique du Congo (RDC), à travers le Programme Elargi de Vaccination (PEV), s'emploie à mettre en œuvre celui élaboré depuis 2021 qui couvre la période de 2021 à 2030. Ce plan qui s'aligne sur les choix stratégiques de la région notamment le nouveau cadre stratégique de lutte contre la rougeole 2021-2030 en référence au plan d'action mondial de vaccination à l'horizon 2030, comprend les interventions visant à accroître la couverture de la vaccination systématique contre la rougeole, dont l'administration de vaccins antirougeoleux lors des activités de vaccination supplémentaires (AVS), le renforcement de la surveillance à travers le suivi de l'incidence de la rougeole (surveillance des cas avec confirmation en laboratoire) et l'amélioration de la prise en charge des cas (Organisation mondiale de la santé, 2018). Les différentes interventions retenues devraient permettre d'enrayer le cycle épidémique auquel le pays est confronté depuis 2010, touchant presque toutes les provinces.

A la suite de la campagne de suivi organisée en 2019 dans toutes les provinces qui a permis de vacciner 18 471 370 enfants de 6 à 59 mois avec une couverture vaccinale d'enquête estimée à 87,5%, et nonobstant les campagnes de vaccination de riposte organisées en réponse aux foyers épidémiques, l'incidence de la rougeole reste élevée en République Démocratique du Congo.

Ces dernières années, l'incidence annuelle de la rougeole qui s'établissait à 36,3 cas pour 1.000.000 d'habitants en 2022 et à 55 cas pour 1.000.000 d'habitants à la semaine 39 de 2024, place le pays loin de l'objectif de moins d'un cas pour 1 million d'habitants (République Démocratique du Congo, 2023 ; République Démocratique du Congo, 2024). Cette situation est d'autant plus critique qu'en 2024 comme en 2023, les cas confirmés de rougeole à IgM+ étaient à 72% des enfants moins de 5 ans et seuls 31% étaient vaccinés (République Démocratique du Congo, 2024). C'est dans ce contexte que, en application de son plan d'élimination, le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et prévoyance sociale, en collaboration avec ses partenaires (GAVI, OMS, Unicef, etc...), a organisé une campagne préventive contre la rougeole pour vacciner les enfants de 6 à 59 mois vivant dans les 26 provinces de la RDC. Cinq provinces du bloc 1 ont été couvertes du 27 mai au 10 juin 2023. Le bloc 2 (11 provinces) a été couvert en septembre 2023, tandis que le bloc 3 (10 provinces) a été réalisé progressivement en octobre 2023 (6 provinces), en janvier 2024 (2 provinces) et en mars 2024 (2 provinces).

Le défi pour le pays était de vacciner tous les enfants cibles où qu'ils se trouvent sur le territoire national. Cela devrait passer par une application des directives de l'OMS parmi lesquelles il y a la tenue d'une évaluation indépendante post campagne de vaccination (World Health Organization, 2018). La présente étude s'inscrit dans ce cadre et vise à déterminer la couverture vaccinale de la campagne dans les provinces de la RDC ainsi que les facteurs associés à son amélioration.

2. Matériels et Méthodes

L'enquête a été conçue et réalisée conformément aux recommandations du manuel de référence de l'OMS 2018 sur les enquêtes de couverture vaccinale (World Health Organization, 2018). Elle était transversale à visée descriptive, évaluative et analytique.

2.1. Cadre de l'enquête

L'enquête s'est déroulée de novembre 2023 à avril 2024 dans les 26 provinces de la RDC couvertes en trois phases de collecte. Sur le plan sanitaire, chaque province est subdivisée en antennes qui regroupent des zones de santé. Chaque zone de santé comporte des aires sanitaires. L'aire de santé est un espace géographique aux limites précises disposant d'un centre de santé et qui rassemble plusieurs villages ou quartiers ou avenues. Ces derniers forment une ou plusieurs zones de dénombrement.

2.2. Echantillon et collecte des données

2.2.1. Population cible

Les cibles étaient les ménages et les parents ou personnes en charge des enfants âgés de 6 à 59 mois au moment de la campagne de vaccination. Le seul critère d'inclusion était l'âge de l'enfant au moment de la campagne. Le refus ou l'absence d'une cible était résolu par deux à trois visites et/ou un plaidoyer du superviseur.

2.2.2. Echantillonnage de l'enquête

La méthode d'enquête utilisée est le sondage par grappe stratifiée à plusieurs degrés

recommandé par le manuel de l'OMS (World Health Organization, 2018).

Dans chaque province, considérée comme une strate, l'échantillon a été constitué par une sélection des cibles en plusieurs étapes. Au premier degré, les zones de dénombrement ou grappes, qui constituent les unités primaires d'échantillonnage de chaque strate, ont été sélectionnées par tirage aléatoire systématique dans la liste des zones de dénombrement. Le nombre de zone de dénombrement a été alloué proportionnellement à la taille estimée des zones de santé retenues. Pour cette enquête, la taille d'une zone de dénombrement était de 1200 à 1500 habitants.

Aux degrés suivants, chaque zone de dénombrement a été subdivisée en deux à quatre segments de taille quasi égale parmi lesquels un est retenu par tirage aléatoire simple pour le dénombrement en vue de l'établissement de la liste des ménages. Toutes les listes ont servi pour la mise à jour de la base de sondage de MICS-Palu de 2017 utilisée pour la sélection des ménages. Au regard des ressources disponibles face à l'étendue des provinces et la multiplicité des obstacles, les grappes ont été tirées dans deux zones de santé retenues par tirage aléatoire simple, à raison d'une zone en milieu rural et une zone en milieu urbain.

2.2.3. Taille de l'échantillon

Sur la base de l'objectif de couverture vaccinale de 95% fixé pour la campagne de vaccination, de la précision et du niveau de confiance statistique, la taille minimale de l'échantillon de chaque strate a été estimée à 280 enfants soit 420 ménages à visiter. Un taux de non-réponse (absence ou refus) de 15% et un effet grappe de 2,5 ont été également utilisés dans la formule suivante :

Taille minimale échantillon = $TEE \times EPS = 110 \times 2,503 = 275,33$ (soit environ 280)

(Taille minimale effective de l'échantillon (TEE) = 110 ; Effet de Plan de sondage (EPS) = $1 + (m-1) \times CCI = 1 + (10-1) \times 1/6 = 2,503$; Nombre d'enfants par grappe (m) = 10 ; Proportion 6 mois – 59 mois = 16% ; Taille moyenne des ménages = 5 personnes ; Nombre de ménages par grappes = $10 / (5 \times 16\%) \times 1,18 = 14,75$ soit 15 ménages)

Pour les 26 strates du pays, la taille minimale estimée de l'échantillon était de 7 280 enfants soit 10 920 ménages répartis dans 728 grappes de dix (10) enfants au moins.

2.2.4. Techniques et outils de collecte et données à collecter

Les résultats des opérations de dénombrement des ménages ont été utilisés lors du recueil des données. Celle-ci fut réalisée par administration en face à face, à l'aide de tablettes/téléphones androïdes, du questionnaire digitalisé dans un masque de saisie conçu en CS Pro 7.4. Les données recueillies dans chaque ménage concernaient les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances sur la campagne, le statut vaccinal de l'enfant par rapport à la campagne de vaccination contre la rougeole et la vaccination de routine. La pré-enquête réalisée dans des grappes non tirées à Kinshasa a permis d'affiner l'outil. L'enrôlement a été fait selon l'ordre de tirage des ménages pour atteindre l'effectif de dix cibles enrôlées au moins dans la grappe.

Conformément aux recommandations du manuel de l'OMS, les opérations de dénombrement et de collecte dans les ménages ont été conduites séparément et réalisées par des acteurs différents formés et supervisés par une équipe technique indépendante.

2.3. *Traitement et analyse des données*

Pendant la collecte sur le terrain, les données étaient directement saisies dans le masque conçu avec le logiciel CS Pro 7.4 et stockées en ligne dans un entrepôt de données. Le contrôle de saisie des données était effectué en ligne, en temps réel, pour détecter et nettoyer les incohérences, remédier aux données manquantes ou aberrantes. Les analyses des données ont été réalisées avec les logiciels Epi info 7, Excel et SPSS 15.

L'analyse des données a pris en compte l'effet de grappe a permis de déterminer la couverture vaccinale selon l'histoire et ou la carte, pour la campagne, avant et après la campagne avec un intervalle à confiance à 95%. Des comparaisons à l'aide du test de khi2 et une analyse multivariée ont été faites au seuil de significativité 5% avec détermination des odds ratio.

2.4. *Considérations éthiques et déontologiques*

Le protocole a reçu l'avis favorable du Comité Ethique National du Ministère de la Recherche scientifique et l'autorisation statistique de l'Institut National de la Statistique. Dans chaque ménage, les objectifs de l'enquête, le caractère confidentiel des informations recueillies et leur utilisation stricte à des fins statistiques ont été présentés au chef de ménage ou répondant pour obtenir un consentement éclairé verbal avant l'administration du questionnaire. Localement, la note d'information sur la tenue de l'enquête adressée par le Ministère de la Santé aux responsables des antennes PEV, des DPS et des zones de Santé avant le démarrage a permis d'obtenir l'accord de ces derniers pour la réalisation de la collecte.

3. **Résultats**

3.1. *Description de l'échantillon*

Au total 9627 enfants ont été enquêtés dont moins de la moitié était de sexe féminin (48,02%). La tranche d'âge de 36 à 59 mois était la plus représentée (47,45%). Les enfants vivaient majoritairement en milieu rural (51,71%) et étaient souvent gardés par leurs mères (66,78%) ou leurs pères (27,55%) (tableau 1).

Ils étaient à la charge de personnes ayant souvent un niveau secondaire (41,26%) ou primaire (31,48%). Ces personnes appartenaient à des courants religieux d'obédience chrétienne, tels le protestantisme (39,53%), le catholicisme (29,74%) et les églises dites « nouvelles » ou de « réveil » (24,30%).

Tableau 1 : Répartition des enquêtés selon leurs caractéristiques sociodémographiques lors de l'évaluation post campagne de vaccination contre la rougeole de 2023 en RDC

Caractéristique	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance 95%	
Sexe (n=9627)				
Féminin	4623	48,02%	47,02%	49,02%
Tranche d'âge (n=9627)				
12 à 23 mois	1983	20,60%	19,80%	21,42%
24 à 35 mois	2279	23,67%	23,82%	25,65%
36 à 59 mois	4568	47,45%	46,45%	48,45%
6 à 11 mois	780	8,10%	7,57%	8,66%
60 mois ou Plus	17	0,18%	0,11%	0,28%
Milieu de résidence de l'enfant (n=9627)				
Rural	4978	51,71%	78,01%	79,74%
Personne à charge de l'enfant (n=9627)				
Mère	6429	66,78%	65,83%	67,71%
Père	2652	27,55%	26,66%	28,45%
Grand-parent	364	3,78%	3,42%	4,18%
Tante Oncle	77	0,80%	0,64%	1,00%
Nourrice	59	0,61%	0,48%	0,79%
Autre	46	0,48%	0,36%	0,64%
Niveau d'instruction de personne à charge de l'enfant (n=9627)				
1.Sans niveau	1860	19,32%	18,54%	20,12%
2.Primaire	3120	32,41%	31,48%	33,35%
3.Secondaire	3972	41,26%	40,28%	42,25%
4.Supérieur/universitaire	675	7,01%	6,52%	7,54%
Statut matrimonial de personne à charge de l'enfant (n=9627)				
1.Célibataire	782	8,12%	7,59%	8,69%
2.Marié	8278	85,99%	85,28%	86,67%
3.Divorcé/séparé	296	3,07%	2,75%	3,44%
4.Veuf	271	2,81%	2,50%	3,16%
Religion de personne à charge de l'enfant (n=9627)				
Catholique	2863	29,74%	28,83%	30,66%
Protestant	3806	39,53%	38,56%	40,52%
Nouvelles Eglises du réveil Salut	2339	24,30%	23,45%	25,16%
Musulmane	216	2,24%	1,97%	2,56%
Traditionnelle	122	1,27%	1,06%	1,51%
Sans religion	249	2,59%	2,29%	2,92%
Autres religions	32	0,33%	0,24%	0,47%

3.2. Couverture vaccinale de la campagne

3.2.1. Couverture vaccinale selon la carte ou l'histoire

La couverture vaccinale de la campagne selon la carte ou l'histoire était de 90,92%, (tableau 2). Elle était plus faible en milieu urbain (87,89%) qu'en milieu rural (93,75%) ($p=0,000$) et chez les enfants de 6 à 11 mois que chez les enfants des autres tranches d'âge ($p=0,006$). Les enfants qui étaient à la charge de leurs mères étaient mieux couverts par la campagne (91,59%) que ceux gardés par leurs pères (89,59%) ($p=0,009$). Il n'y avait pas de différence significative de la couverture vaccinale entre les garçons (91,37%) et les filles (90,44%) ($p=0,113$) ; ni selon le niveau d'instruction ($p=0,17$) et la situation matrimoniale ($p=0,98$) de la personne en charge de l'enfant. L'analyse de la distribution spatiale de la couverture vaccinale indiquait également que seules 14 provinces sur les 26, soit 53,85%, avaient atteint de manière significative l'objectif de 95% fixé pour cette la campagne vaccinale.

Tableau 2: Répartition de la couverture vaccinale des enfants selon les cartes ou l'histoire de la campagne de vaccination de suivi contre la rougeole dans les provinces de la RDC en 2023.

Caractéristique	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance 95% Wilson		RR	p-valeur
Enfants vaccinés						
Oui	8753	90,92%	90,33%	91,48%		
Selon le milieu de résidence de l'enfant						
Rural (n=4978)	4667	93,75%	93,05%	94,39%	0,938	0,000
Urbain (n=4649)	4086	87,89%	86,92%	88,80%		
Selon le sexe de l'enfant ²						
Masculin (n=5004)	4572	91,37%	90,56%	92,11%	1,01	0,113
Féminin (n=4623)	4181	90,44%	89,56%	91,25%		
Selon la tranche d'âge de l'enfant						
6 à 11 mois (n=780)	684	87,69%	85,20%	89,81%		0,006
12 à 23 mois (n=1983)	1802	90,87%	89,52%	92,06%		
24 à 35 mois (n=2279)	2069	90,79%	89,53%	91,91%		
36 à 59 mois (n=4568)	4184	91,59%	90,75%	92,36%		
Selon la personne en charge de l'enfant						
Mère (n=6429)	5888	91,59%	90,88%	92,24%		0,009
Père (n=2652)	2376	89,59%	88,37%	90,70%		
Grand père/mère (n=364)	334	91,76%	88,48%	94,17%		
Selon le niveau d'instruction de la personne en charge de l'enfant						
Sans niveau (n=1860)	1680	90,32%	88,89%	91,58%		0,17
Primaire (n=3120)	2817	90,29%	89,20%	91,28%		
Secondaire (n=3972)	3641	91,67%	90,77%	92,49%		
Supérieur/universitaire (n=675)	615	91,11%	88,73%	93,03%		
Religion de personne à charge de l'enfant						
Catholique (n=2863)	2662	92,98%	91,98%	93,86%		0,000
Protestant (n=3806)	3456	90,80%	89,84%	91,68%		
Nouvelles Eglises du réveil Salut (n=2339)	2108	90,12%	88,85%	91,27%		
Musulmane (n=216)	204	94,44%	90,50%	97,10%		
Traditionnelle (n=122)	100	81,97%	73,98%	88,34%		
Sans religion (n=249)	194	77,91%	72,24%	82,91%		
Selon la situation matrimoniale de la personne en charge de l'enfant						
Célibataire (n=782)	708	90,54%	88,28%	92,40%		0,98
Marié (n=8278)	7530	90,96%	90,33%	91,56%		
Divorcé/séparé (n=296)	269	90,88%	87,01%	93,90%		
Veuf (n=271)	246	90,77%	86,68%	93,94%		
Provinces ayant atteint objectif de couverture vaccinale de 95% selon carte ou histoire						
Oui (n=26)	14	53,85%	53,85%	53,85%		

L'analyse multivariée (tableau 3) a permis de relever que la couverture vaccinale est plus souvent élevée en milieu rural (OR=2,21 ; IC95%=1,90 - 2,56) qu'en milieu urbain ; chez les garçons (OR=1,18 ; IC95%=1,02 - 1,36) plus que chez les filles ; chez les enfants de 12 à 59mois que chez enfants de 6 à 11mois ($p \leq 0,022$) ; chez les enfants à la charge de leur mère (OR=1,42 ; IC95%=1,21 - 1,67) que ceux à la charge de leur père ; chez les enfants à la

charge de personne ayant un niveau d'instruction « secondaire » (OR=1,32 ; IC95%=1,08 - 1,62) ou « supérieur » (OR=1,47 ; IC95%=1,07 - 2,03) que ceux à la charge de personne « sans niveau d'instruction » ; chez les enfants à la charge des personnes de religion catholique (OR=3,26 ; IC95%=2,31 - 4,59), protestante (OR=2,67 ; IC95%=1,92 - 3,71), musulmane (OR=5,27 ; IC95%=2,71 - 10,23) ou des Eglises nouvelles ou de réveil ou de Salut que ceux à la charge des personnes sans religion (OR=2,31 ; IC95%=1,64 - 3,24).

Tableau 3 : Analyse multivariée de la couverture vaccinale selon carte ou histoire, en fonction des caractéristiques de l'enfant pour la campagne de vaccination de suivi contre la rougeole de 2023 en RDC.

Variables	Odds Ratio	Intervalle de confiance 95%		Coefficient	p-valeur
Milieu de résidence (Rural/Urbain)	<u>2,21</u>	<u>1,90</u>	<u>2,56</u>	0,79	<u>0,000</u>
Sexe de l'enfant (Garçon/Fille)	<u>1,18</u>	<u>1,02</u>	<u>1,36</u>	0,16	<u>0,027</u>
Enfant 12 - 23mois/6 - 11mois	<u>1,37</u>	<u>1,05</u>	<u>1,79</u>	0,31	<u>0,022</u>
Enfant 24 - 35mois/6 - 11mois	<u>1,38</u>	<u>1,06</u>	<u>1,79</u>	0,32	<u>0,017</u>
Enfant 36 - 59mois/6 - 11mois	<u>1,57</u>	<u>1,23</u>	<u>1,99</u>	0,45	<u>0,0003</u>
Enfant 60mois et plus/6 - 11mois	0,63	0,17	2,32	-0,46	0,49
Personne en charge de l'enfant (Mère/Père)	<u>1,42</u>	<u>1,21</u>	<u>1,67</u>	0,35	<u>0,000</u>
Personne en charge de l'enfant (Nourrice/Père)	3,95	0,95	16,37	1,37	0,058
Personne en charge de l'enfant (Tante_Oncle /Père)	0,85	0,44	1,64	-0,16	0,63
Personne en charge de l'enfant (Grand-parent /Père)	1,47	0,98	2,19	0,38	0,062
Personne en charge de l'enfant (Autre/Père)	<u>0,39</u>	<u>0,20</u>	<u>0,77</u>	-0,93	<u>0,006</u>
Niveau d'instruction de personne en charge de l'enfant (Primaire/Sans niveau)	1,03	0,84	1,25	0,026	0,80
Niveau d'instruction de personne en charge de l'enfant (Secondaire /Sans niveau)	<u>1,32</u>	<u>1,08</u>	<u>1,62</u>	0,28	<u>0,006</u>
Niveau d'instruction de personne en charge de l'enfant (4Superieur_universitaire /Sans niveau)	<u>1,47</u>	<u>1,07</u>	<u>2,03</u>	0,39	<u>0,017</u>
Religion de personne en charge de l'enfant (Catholique/Sans religion)	<u>3,26</u>	<u>2,31</u>	<u>4,59</u>	1,18	<u>0,000</u>
Religion de personne en charge de l'enfant (Protestant/Sans religion)	<u>2,67</u>	<u>1,92</u>	<u>3,71</u>	0,98	<u>0,000</u>
Religion de personne en charge de l'enfant (Musulmane/Sans religion)	<u>5,2698</u>	<u>2,7142</u>	<u>10,2318</u>	1,6620	<u>0,000</u>
Religion de personne en charge de l'enfant (Traditionnelle/Sans religion)	1,32	0,75	2,29	0,27	0,35
Religion de personne en charge de l'enfant (Eglises nouvelles ou de réveil ou de Salut/Sans religion)	<u>2,31</u>	<u>1,64</u>	<u>3,24</u>	0,84	<u>0,000</u>
Religion de personne en charge de l'enfant (Autre /Sans religion)	<u>3,58</u>	<u>1,03</u>	<u>12,39</u>	1,27	<u>0,045</u>

3.2.2. Couverture vaccinale selon la carte de vaccination

Parmi les enfants enquêtés, seuls 1240 qui disposaient de carte de vaccination (ou jeton) reçue pendant la campagne, soit une couverture de 12,88% (tableau 4). Cette carte était correctement remplie chez 1010 enfants, soit 10,49%. Les proportions de possession de carte et de carte correctement remplie étaient plus faibles en milieu urbain (9,83% et 8,56%) qu'en milieu rural (15,73% et 12,29%), et chez les enfants à la charge de leur mère (10,14%) que ceux qui étaient à la charge de leur père (12,14%) ($p < 0,05$). Il n'y avait pas de différence significative de ces proportions entre garçons et filles, ni selon la tranche d'âge des enfants, ni selon le niveau d'instruction de la personne en charge de l'enfant ($p > 0,05$)

Tableau 4 : Répartition de la couverture vaccinale selon la carte et la possession de carte correctement remplies en fonction des caractéristiques des enfants pour la campagne de vaccination de suivi contre la rougeole de 2023 en RDC.

Caractéristique	Vacciné avec carte			Vacciné avec carte correctement remplie		
	Effectif (%)	Intervalle de confiance 95% Wilson		Effectif (%)	Intervalle de confiance 95% Wilson	
Ensemble de vaccinés pendant la campagne						
Oui (n=9627)	1240 (12,88%)	12,23%	13,56%	1010 (10,49%)	9,89%	11,12%
Selon le milieu de résidence de l'enfant						
Rural (n=4978)	783 (15,73%)	14,74%	16,77%	612 (12,29%)	11,41%	13,24%
Urbain (n=4649)	457 (9,83%)	9,01%	10,72%	398 (8,56%)	7,79%	9,40%
Selon le sexe de l'enfant						
Masculin (n=5004)	634 (12,67%)	11,78%	13,62%	515 (10,29%)	9,48%	11,16%
Féminin (n=4623)	606 (13,11%)	12,17%	14,11%	495 (10,71%)	9,85%	11,63%
Selon la tranche d'âge de l'enfant						
6 à 11 mois (n=780)	114 (14,62%)	12,31%	17,27%	92 (11,79%)	9,72%	14,25%
12 à 23 mois (n=1983)	261 (13,16%)	11,74%	14,72%	208 (10,49%)	9,22%	11,92%
24 à 35 mois (n=2279)	270 (11,85%)	10,58%	13,24%	216 (9,48%)	8,34%	10,75%
36 à 59 mois (n=4568)	595 (13,03%)	12,08%	14,03%	494 (10,81%)	9,95%	11,75%
60 mois ou plus (n=17)	0			0		
Selon la personne en charge de l'enfant						
Mère (n=6429)	830 (12,91%)	12,11%	13,75%	652 (10,14%)	9,43%	10,90%
Père (n=2652)	364 (13,73%)	12,47%	15,09%	322 (12,14%)	10,95%	13,44%
Grand père/mère (n=364)	39 (10,71%)	7,94%	14,31%	30 (8,24%)	5,83%	11,52%
Selon le niveau d'instruction de la personne en charge de l'enfant						
Sans niveau (n=1860)	254 (13,66%)	12,17%	15,29%	200 (10,75%)	9,42%	12,24%
Primaire (n=3120)	433 (13,88%)	12,71%	15,14%	313 (10,03%)	9,03%	11,14%
Secondaire (n=3972)	480 (12,08%)	11,11%	13,14%	438 (11,03%)	10,09%	12,04%
Supérieur/universitaire (n=675)	73 (10,81%)	8,69%	13,38%	59 (8,74%)	6,84%	11,11%

3.2.3. Couverture vaccinale selon le milieu au niveau de chaque province

La couverture vaccinale selon la carte ou l'histoire était variable selon le milieu de résidence des enfants. L'analyse par province a relevé que dans 15 provinces de la RDC, cette couverture chez les enfants enquêtés était plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (tableau 5). C'est seulement dans trois provinces (Ituri, Kinshasa, Tshopo) que la couverture est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Cette différence de couverture entre les milieux urbain et rural allait de 2% (au Kasai Oriental) à 18% (dans Tanganyika). Dans les huit provinces restantes, il n'y avait pas de différence significative.

En milieu urbain, la couverture vaccinale n'avait atteint l'objectif de la campagne dans aucune province. Elle était inférieure à 80% dans neuf provinces, avec la performance la plus faible dans Lualaba (58,92%). Le milieu rural a enregistré des couvertures vaccinales plus élevée, soit 93,75% et sept provinces étaient au-delà de l'objectif seuil de 95%. Les faibles couvertures dans ce milieu, soit moins de 80%, ont été notées dans les provinces de Lualaba (65,78%), de l'Ituri (69,23%) et de Tshopo (77,53%).

Tableau 5 : Répartition dans chaque province et en fonction du milieu de la couverture vaccinale de la campagne selon la carte ou l'histoire de vaccination de suivi contre la rougeole de 2023 en RDC.

Province	Milieu urbain				Milieu rural			p
	Couverture vaccinale	IC 95%	Wilson		Couverture vaccinale	IC 95%	Wilson	
Bas-Uele	150 (91,46%)	86,09%	95,25%	<	171 (98,28%)	95,04%	99,64%	0,004
Equateur	119 (76,28%)	68,82%	82,72%	<	137 (90,13%)	84,25%	94,37%	0,001
Haut-Katanga	171 (93,96%)	89,44%	96,94%	≈	168 (97,67%)	94,15%	99,36%	0,083
Haut-Lomami	209 (89,32%)	84,63%	92,97%	<	233 (98,73%)	96,33%	99,74%	0,000
Haut-Uele	151 (88,30%)	82,52%	92,71%	<	157 (98,74%)	95,53%	99,85%	0,000
Ituri	165 (86,39%)	80,69%	90,91%	>	105 (77,21%)	69,23%	83,96%	0,031
Kasai	209 (92,07%)	87,76%	95,23%	<	146 (97,99%)	94,23%	99,58%	0,015
Kasai Central	221 (95,26%)	91,67%	97,61%	≈	121 (97,58%)	93,09%	99,50%	0,28
Kasai Oriental	146 (95,42%)	90,80%	98,14%	≈	223 (93,70%)	89,82%	96,43%	0,47
Kinshasa	240 (96,77%)	93,74%	98,60%	>	72 (90,00%)	81,24%	95,58%	0,015
Kongo central	199 (82,57%)	77,18%	87,14%	<	215 (98,17%)	95,39%	99,50%	0,000
Kwango	31 (88,57%)	73,26%	96,80%	<	433 (96,01%)	93,78%	97,46%	0,042
Kwilu	136 (86,08%)	79,68%	91,06%	<	137 (97,86%)	93,87%	99,56%	0,000
Lomami	179 (89,95%)	84,91%	93,75%	<	145 (98,64%)	95,17%	99,83%	0,001
Lualaba	130 (65,99%)	58,92%	72,57%	≈	109 (73,65%)	65,78%	80,54%	0,13
Maniema	132 (84,62%)	77,98%	89,89%	≈	145 (80,56%)	74,01%	86,07%	0,33
Mayi Ndombe	213 (90,25%)	85,74%	93,72%	<	232 (99,15%)	96,95%	99,90%	0,000
Mongala	80 (73,39%)	64,07%	81,40%	<	236 (87,41%)	82,85%	91,12%	0,001
Nord Kivu	239 (95,98%)	92,74%	98,06%	<	141 (100,00%)	97,42%	100,00%	0,016
Nord Ubangi	179 (86,89%)	81,51%	91,18%	<	124 (97,64%)	93,25%	99,51%	0,001
Sankuru	131 (79,88%)	72,92%	85,73%	<	165 (97,63%)	94,05%	99,35%	0,000
Sud Kivu	168 (95,45%)	91,24%	98,02%	≈	173 (97,19%)	93,57%	99,08%	0,39
Sud Ubangi	46 (93,88%)	83,13%	98,72%	≈	361 (96,52%)	94,14%	97,96%	0,36
Tanganyika	130 (67,36%)	60,25%	73,92%	<	148 (85,06%)	78,88%	90,00%	0,000
Tshopo	275 (96,49%)	93,64%	98,30%	>	90 (85,71%)	77,53%	91,78%	0,000
Tshuapa	37 (97,37%)	86,19%	99,93%	≈	280 (93,02%)	89,57%	95,39%	0,31
RDC	4086 (87,89%)	86,92%	88,80%		4667 (93,75%)	93,05%	94,39%	0,000

3.3. Couverture vaccinale avant et après la campagne

Les données recueillies à partir de l'histoire ou du carnet de vaccination indiquent que 78,30% enfants ciblés par la campagne avaient déjà bénéficié au moins une fois de la vaccination contre la rougeole (tableau 6). La couverture vaccinale avant campagne de vaccination établie à partir des données des carnets uniquement était de 3,47%. Les enfants vivant en milieu rural étaient plus vaccinés (79,85%) que ceux du milieu urbain (76,64%) ($p < 0,05$). En ce qui concerne le sexe, la couverture vaccinale avant la campagne était quasiment pareille chez les garçons (78,22%) que chez les filles (78,39%) ($p > 0,05$). Les tranches d'âges les moins couvertes étaient celles des enfants de 5 à 11 mois (67,69%) et de 60 mois et plus (76,47%). La couverture vaccinale était quasiment pareille, selon que l'enfant est gardé par son père ou sa mère ($p > 0,05$). Cependant, elle semble augmenter avec le niveau d'instruction des parents en charge de l'enfant, passant de 71,51% chez les enfants dont les personnes à charge sont sans « aucun niveau d'instruction » à 85,19% chez les enfants qui étaient à la charge de personnes ayant un « niveau d'étude supérieur ».

Après la campagne, la couverture globale s'est nettement améliorée passant à 94,58% selon les cartes ou histoire et 14,21% selon carnets seuls. Cette augmentation post campagne est significative quelle que soit la caractéristique et les différences ou similitudes notées étaient similaires à celles relevées avant la campagne. Avec 95,80% d'enfants ayant eu au moins un contact avec le vaccin, l'objectif de couverture vaccinal était atteint en milieu rural. Les enfants de 6 à 11 mois avaient une couverture post-campagne moins faible (90,26% ; IC95%=87,97% - 92,14%) mais inférieur à l'objectif de 95%.

Tableau 6 : Répartition de la couverture vaccinale des enfants selon les cartes ou l'histoire avant et après la campagne de vaccination de suivi contre la rougeole des provinces de la RDC en 2023.

2023.

Caractéristique	Couverture vaccinale avant la campagne			Couverture vaccinale après la campagne			RR (p)
	Effectif (%)	Intervalle de confiance 95%		Effectif (%)	Intervalle de confiance 95%		
Vacciné							
Oui, selon la carte ou l'histoire (n=9627)	7538 (78,30%)	77,47%	79,11%	9105 (94,58%)	94,11%	95,01%	1,33 (0,000)
Oui, carte vue, prendre la photo (n=9627)	334 (3,47%)	3,12%	3,85%	1368 (14,21%)	13,53%	14,92%	8,99 (0,000)
Selon le milieu de résidence de l'enfant							
Rural (n=4978)	3975 (79,85%)	78,71%	80,94%	4769 (95,80%)	95,21%	96,32%	1,26 (0,000)
Urbain (n=4649)	3563 (76,64%)	75,40%	77,83%	4336 (93,27%)	92,51%	93,95%	1,40 (0,000)
Selon le sexe de l'enfant							
Masculin (n=5004)	3914 (78,22%)	77,05%	79,34%	4736 (94,64%)	93,99%	95,23%	1,33 (0,000)
Féminin (n=4623)	3624 (78,39%)	77,18%	79,55%	4369 (94,51%)	93,81%	95,13%	1,34 (0,000)
Selon la tranche d'âge de l'enfant							
6 à 11 mois (n=780)	528 (67,69%)	64,33%	70,88%	704 (90,26%)	87,97%	92,14%	1,43 (0,000)
12 à 23 mois (n=1983)	1560 (78,67%)	76,81%	80,42%	1872 (94,40%)	93,30%	95,33%	1,36 (0,000)
24 à 35 mois (n=2279)	1822 (79,95%)	78,25%	81,54%	2149 (94,30%)	93,27%	95,18%	1,40 (0,000)
36 à 59 mois (n=4568)	3615 (79,14%)	77,93%	80,29%	4366 (95,58%)	94,94%	96,14%	1,27 (0,000)

Caractéristique	Couverture vaccinale avant la campagne			Couverture vaccinale après la campagne			RR (p)
	Effectif (%)	Intervalle de confiance 95%		Effectif (%)	Intervalle de confiance 95%		
60 mois ou plus (n=17)	13 (76,47%)	50,10%	93,19%	14 (82,35%)	56,57%	96,20%	4,00 (0,001)
Selon la personne en charge de l'enfant							
Mère (n=6429)	5053 (78,60%)	77,58%	79,58%	6127 (95,30%)	94,76%	95,79%	1,28 (0,000)
Père (n=2652)	2078 (78,36%)	76,75%	79,88%	2469 (93,10%)	92,07%	94,00%	1,47 (0,000)
Grand père/mère (n=364)	261 (71,70%)	66,87%	76,09%	342 (93,96%)	91,02%	95,98%	1,27 (0,000)
Selon le niveau d'instruction de la personne en charge de l'enfant							
Sans niveau (n=1860)	1330 (71,51%)	69,41%	73,51%	1735 (93,28%)	92,05%	94,33%	1,31 (0,000)
Primaire (n=3120)	2341 (75,03%)	73,48%	76,52%	2923 (93,69%)	92,78%	94,49%	1,34 (0,000)
Secondaire (n=3972)	3292 (82,88%)	81,68%	84,02%	3795 (95,54%)	94,86%	96,14%	1,35 (0,000)
Supérieur/universitaire (n=675)	575 (85,19%)	82,31%	87,67%	652 (96,59%)	94,94%	97,72%	1,30 (0,000)
Selon la situation matrimoniale de la personne en charge de l'enfant							
Célibataire (n=782)	590 (75,45%)	72,31%	78,33%	737 (94,25%)	92,39%	95,67%	1,31 (0,000)
Marié (n=8278)	6510 (78,64%)	77,75%	79,51%	7832 (94,61%)	94,10%	95,08%	1,34 (0,000)
Divorcé/séparé (n=296)	240 (81,08%)	76,15%	85,38%	279 (94,26%)	90,96%	96,62%	1,44 (0,000)
Veuf (n=271)	198 (73,06%)	67,36%	78,25%	257 (94,83%)	91,48%	97,15%	1,24 (0,000)

4. Discussion

Cette étude a permis d'examiner l'état vaccinal de 9627 enfants soit environ 130% de taille minimale prévue pour l'échantillon avec une proportion de remplacement de grappes de moins de 1%. La représentativité des deux sexes et des milieux rural et urbain sont assez proches de leur représentativité dans la population générale.

4.1. Analyse de la distribution de la couverture vaccinale de la campagne

4.1.1. Couverture vaccinale selon la carte ou l'histoire

La couverture vaccinale de la campagne selon la carte ou l'histoire au sein de l'échantillon était de 90,92% (IC95% : 90,33% - 91,48%). Bien que n'ayant pas atteint l'objectif de couverture de la campagne qui était de 95%, cette couverture est supérieure à celles observées à Borno au Nord du Nigéria (72%) (Babakura et al., 2021), à Moba, dans l'ex-province de Katanga (87% ; IC95%=84-90) en 2015 (Cuesta et al., 2015), en Inde à (80,2%) (Priyadharshini et Jasmine, 2019) ainsi qu'au Népal (84,7% ; IC95%=82,0-87,0) (Danovaro-Holliday et al., 2022). Cependant, elle est plus faible que la couverture vaccinale estimée (95% ; IC95%=94%-96%) rapportée lors de l'évaluation post campagne dans 47 comtés au Kenya (Subaiya et al., 2016).

Dans l'échantillon enquêté, la quasi-différence de couverture vaccinale entre les garçons (91,37%) et les filles (90,44%) a été confirmée à l'analyse multivariée (OR=1,18 ; IC95%=1,02 - 1,36). Dans la région du Punjab en Inde, où la couverture vaccinale était de 88%, près de deux enfants vaccinés sur trois étaient des garçons. (p< 0.05) (Sethi et al., 2022). Contrairement à ces résultats, plusieurs autres études ont rapporté des couvertures assez proches chez garçons et filles, concluant ainsi, au Népal comme en Inde, à une absence de différence de couverture vaccinale selon le sexe (p=0,81) (Rajkumari et al., 2020 ; Uddin et al., 2016 ; Danovaro-

Holliday et al., 2022)

L'âge semble influencer la couverture vaccinale, avec une couverture plus élevée chez les enfants de 12 à 59 mois par rapport aux enfants de 6 à 11 mois ($p \leq 0,022$). Globalement, en dehors de quelques auteurs qui n'ont enregistré aucune différence, tels Danovaro Holliday et al. (2022) au Népal ($p=0,30$), qui a mentionné l'absence de différence significative de couverture vaccinale entre les 36 mois et moins (85,3%) et les enfants de plus de 36 mois (84,1%), il a été généralement relevé une couverture vaccinale augmentant avec l'âge ou tranche d'âge, passant de 51,7% chez les moins de 5 ans à 79,3% chez les 10-15 ans (Rajkumari et al., 2020), ou encore des enfants de moins de 5 ans moins vaccinés (82,3%) que ceux de 5-9 ans (92,8%) ($p=0,002$) (Uddin et al., 2016)

Les enfants qui étaient à la charge de leurs mères étaient mieux couverts par la campagne (91,59%) que ceux gardés par leurs pères (89,59%) ($OR=1,42$; $IC95\%=1,21-1,67$). La situation matrimoniale ($p=0,98$) de la personne en charge de l'enfant ne semblaient pas influencer la couverture vaccinale. Par contre, son niveau d'instruction et sa religion semblaient avoir induit une augmentation de la couverture ($p \leq 0,045$). Ces constats corroborent ceux de plusieurs auteurs qui ont relevé que la proportion d'enfants vaccinés augmentait significativement avec le niveau d'instruction des mères d'enfants ou personne à charge ($p \leq 0,008$) (Rajkumari et al., 2020 ; Uddin et al., 2016 ; Ashbaugh et al., 2017). Danovaro Holliday et al. (2022) ont relevé une variation non significative de la couverture vaccinale seulement entre les enfants de parents ayant « le niveau primaire » (88,3 %) et les enfants dont les parents avaient un « niveau supérieur au primaire » (85,6%) ($p=0,07$) ; une différence étant bien notée entre ces deux classes et le « niveau inférieur au primaire » (61,2%) (Danovaro-Holliday et al., 2022). Aucune différence n'a été également rapportée dans la distribution de ces couvertures vaccinales en fonction de la situation matrimoniale ($p=0,20$) des personnes en charge des enfants (Danovaro-Holliday et al., 2022).

Somme toute, l'influence de l'âge relevée s'inscrit dans la dynamique d'adhésion qui croît progressivement avec l'augmentation de l'exposition à l'offre des prestations vaccinales dans le cadre de la mise en œuvre de programmes de vaccination pérennes, accompagnée d'activités de communication et d'activités supplémentaires comme les campagnes, les rattrapages ou ratissages. Le lien avec le niveau d'instruction dans notre étude conforte l'importance de la littératie sur la vaccination, l'apport de l'éducation à la santé, particulièrement à l'adoption de comportements favorables à la santé.

4.1.2. Distribution spatiale de la couverture vaccinale selon la carte ou l'histoire

La distribution selon le milieu indique que la couverture était plus élevée en milieu rural (93,75%) qu'en milieu urbain (87,89%) ($OR=2,21$; $IC95\%=1,90 - 2,56$; $p=0,000$). Pareillement aux résultats de Uddin et al. (2016), qui avaient relevé des couvertures vaccinales de 89,6% en milieu rural 87,0% en milieu urbain, et de Danovaro Holliday et al. (2022) au Népal (et qui estima la couverture les enfants à 85,6% en milieu rural contre 79,0% en milieu urbain), il y avait une différence significative entre les deux milieux ($p=0,009$) (Uddin et al., 2016 ; Danovaro-Holliday et al., 2022). Pour d'autres auteurs, la variation consiste à une faible couverture en milieu semi-urbain par rapport au milieu rural (Coulborn et al., 2020).

La distribution spatiale de la couverture vaccinale indiquait également que seules 14 provinces sur les 26, soit 53,85%, avaient atteint de manière significative l'objectif de 95% fixé pour cette la campagne vaccinale. Dans 15 provinces de la RDC, les enfants étaient plus souvent vaccinés en milieu rural qu'en milieu urbain, avec une différence de couverture entre les deux milieux

oscillant entre 2% (au Kasai Oriental) et 18% (dans Tanganyika). Aucune spécificité ne semble se dégager des cas des trois provinces (Ituri, Kinshasa, Tshopo,) qui avait une couverture estimée plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Dans les huit provinces restantes, il n'y avait pas de différence significative de couverture entre les deux milieux. Le milieu rural a enregistré des couvertures vaccinales plus élevée, soit une moyenne de 93,75%, bien que des efforts significatifs dans ce milieu restent à faire surtout dans les provinces de Lualaba (65,78%), de l'Ituri (69,23%) et de Tshopo (77,53%).

Ce résultat, faible relativement à l'objectif et à l'investissement, est cependant important au regard de l'environnement particulier de la RDC qui est empreint d'immenses défis. Les difficultés d'accès à certaines populations du fait de l'absence de voie d'accès ou d'obstacles comme des rivières, des ponts défectueux ; des difficultés organisationnelles liés aux dysfonctionnements du système de santé, et des difficultés de communication qui ne facilitent pas la transmission des données et le suivi des acteurs pourraient avoir joué un rôle significatif dans ces résultats.

La non atteinte de l'objectif de couverture en milieu urbain dans toutes les provinces, vient mettre en lumière le talon d'Achille que ce milieu pourrait constituer pour le programme vaccinal en RDC, particulièrement dans les neuf provinces où la couverture est même en dessous de 80%, comme le Lualaba (58,92%). Ces constats mettent en relief non seulement le défi que porte la particularité du milieu urbain dans la mise en œuvre des interventions vaccinales et surtout la défiance croissante des populations urbaines face à la vaccination, surtout avec la montée des infodémies.

4.1.3. Couverture vaccinale selon la carte de vaccination et qualité de remplissage de la carte

L'appréciation de l'état vaccinal des enfants sur la base des cartes délivrées lors de la campagne de vaccination contre la rougeole, révèle une couverture faible de 12,88%. C'est un résultat très en deçà de celui enregistré en 2015 à Moba dans l'ex-province du Katanga (RDC), où la couverture vaccinale selon la carte était de 66% (95% CI 61-70%) contre 87% pour la couverture selon histoire ou carte (Cuesta et al., 2015). En 2018, d'autres auteurs ont rapporté qu'au niveau des provinces de la RDC, la documentation de la vaccination à travers les cartes était meilleure en zone urbaine qu'en zone rurale (Ashbaugh et al., 2017).

La possession et la conservation de carte de vaccination distribuée pendant la campagne apparaît ainsi comme une préoccupation importante pour les programmes de vaccination, car même les zones rurales de Tamil Nadu en Inde où 71,5% ont été vaccinés à l'école et 56,3% avaient reçu la carte lors de la vaccination, seuls 13,4% les avaient avec eux au moment de l'enquête (Priyadharshini et al., 2019). Aussi bien pour la possession de cartes que leur remplissage correct, les résultats de cette étude, bien que faible par rapport aux objectifs, constituent une nette avancée par rapport à ce qui a été rapporté Salami et al. soit 3,7% de carte correctement remplies lors de la campagne de 2019 (Salami et al., 2023).

Les cartes de vaccination étaient bien tenues, correctement remplies chez 1010 (soit 10,49%). Les proportions de possession de carte et de carte correctement remplie étaient plus faibles en milieu urbain (9,83% et 8,56%) qu'en milieu rural (15,73% et 12,29%), et chez les enfants à la charge de leur mère (10,14%) que ceux qui étaient à la charge de leur père (12,14%) ($p < 0,05$). Il n'y avait pas tellement de différence significative de ces proportions entre garçons et filles, ni selon la tranche d'âge des enfants, ni selon le niveau d'instruction de la personne en charge de l'enfant ($p > 0,05$).

Globalement, ces constats soulèvent plusieurs problématiques de gestion de la campagne, notamment celles concernant la gestion logistique globale avec la mise en place à temps des cartes et leur distribution effective, la communication à l'endroit des parents sur l'intérêt et la conservation de la carte, la capacité réelle des acteurs et le temps réservé pour mettre en œuvre les composantes de l'intervention vaccinale. C'est la prise en compte de celles-ci ainsi que des attentes liées à l'information, la surveillance, pour une amélioration de l'adhésion et de la compliance, qui vont garantir une vaccination de qualité à chaque cible.

4.2. *Couverture vaccinale avant et après la campagne*

Les données recueillies à partir de l'histoire ou du carnet de vaccination indiquent que parmi les enfants enquêtés, que la proportion d'enfants ayant déjà bénéficié au moins une fois de la vaccination contre la rougeole était passée de 78,30% avant la campagne à 94,11% après la campagne. Salami et al. (2023) avaient déjà relevé que grâce à la campagne de vaccination de suivi de 2019 en RDC, la proportion d'enfant zéro-dose de vaccin contre la rougeole était passée de 19,2% à 7,4%. Une amélioration aussi significative a été aussi rapportée en Centrafrique où la campagne de vaccination intégrée prenant en compte le vaccin contre la rougeole a porté la couverture vaccinale de ce vaccin au-delà de 70% pour la première doses (Peyraud et al., 2018). D'autres cas significatifs ont été rapportés au Bangladesh où la couverture vaccinale est passée de moins de 13% avant la campagne à environ 90% après la campagne (Uddin et al., 2016), et au Liban, avec une couverture vaccinale qui est passée de 36,2% avant la campagne à 61,0% après la campagne (Rossi et al., 2016).

L'amélioration de couverture concernait également la couverture vaccinale selon la carte ou carnet qui est passée de 3,47% avant la campagne à 14,21% après. L'objectif de 95% est même globalement atteint en milieu rural (95,80% ; IC95%=95,21%-96,32% ; $p=0,000$) lorsqu'on intègre les résultats de la vaccination de routine et ceux de cette campagne. Avant la campagne comme après la campagne, la couverture vaccinale aussi bien en routine que par la campagne ne diffère pas selon le sexe, entre tranches d'âges compris entre 12 et 59 mois, ni selon le statut matrimonial de la personne en charge de l'enfant. Toutefois, la couverture vaccinale des enfants de 6 à 11 mois reste plus faible que celle des autres tranches d'âges, autant que celle des enfants dont les parents ont un niveau d'instruction inférieur ou égal au primaire est plus faible que la couverture vaccinale des autres enfants ($p<0,05$).

Outre la mise en lumière de l'apport significatif de la campagne de vaccination à l'amélioration du profil vaccinal des pays et leurs subdivisions administratives, cette étude met en exergue la persistance, même après une intervention d'envergure comme la campagne de vaccination de masse, de la différence de couverture entre tranches d'âge, milieu et niveau d'instruction. Ce qui souligne la nécessité de développer des réponses de plus en plus spécifiques et adaptées à chaque contexte de contre-performance vaccinale ou sous vaccination des enfants, et particulièrement des stratégies de mobilisation et d'organisation de la routine et des campagnes de masse fondées sur les facteurs sus-identifiés en RDC.

4.3. *Limites de l'étude*

Le choix de deux zones sanitaires pour la sélection des grappes afin de limiter les difficultés qu'engendrerait une sélection de grappes dans toutes les zones de santé d'une province, le retard de la collecte des données qui est intervenue plus de trois mois après la campagne, voire six mois dans d'autres provinces, la faible documentation de la vaccination et la faible conservation des cartes ayant conduit à considérer le statut vaccinal rapporté selon l'histoire sont autant de limites à cette étude. Toutefois, l'effectif enrôlé et le respect du protocole rassure quant à

l'importance et l'apport significatif des données recueillies à l'appréciation de l'intervention et la prise de décision.

5. Conclusion

L'enquête post campagne de vaccination est une intervention importante pour le programme de vaccination. Cette étude a permis de relever que 90,92% des enfants attendus ont été vaccinés au cours de la campagne. L'influence de certains facteurs sur la couverture vaccinale des enfants, notamment comme inducteur de la progression de celle-ci, a été constatée.

Les résultats de l'étude confirment que les activités vaccinales successives, y compris les campagnes augmentent les occasions d'exposition de l'enfant et, à terme, induit une augmentation de la couverture vaccinale progressive avec l'âge de l'enfant. Pour réduire l'écart important entre la proportion de vaccinés chez les enfants de moins de 12 mois et celle des vaccinés chez les plus de 12 mois, des efforts importants devront être faits pour l'adhésion précoces des parents à la vaccination. A cet effet, l'amélioration du programme vaccinal en RDC devra s'appuyer sur une communication adaptée pour susciter la demande et une organisation plus structurée de l'offre afin de saisir toutes les occasions de demandes, surtout en milieu urbain.

Remerciements

Les auteurs expriment leur gratitude au personnel d'enquête, Jean Claude Kazitala et tous les cadres du Cabinet EXPERT ; Aimé Mwana-Wabene Cikomola et toute l'équipe du Programme élargi de vaccination du Ministère en charge de la santé de la RDC ; Fousseni Soulama, Daniel Katuashi Ishoso, John Otomba et tout le bureau OMS à Kinshasa ; Franck Fortune Roland MBOUSSOU et l'équipe OMS/IST/AC ; enfin à Yolaine Ahanhanzo-Glele, Charles Jérôme Sossa, Edgard-Marius Ouendo et l'équipe de l'IRSP, ainsi que tous les autres membres du Comité de pilotage et de l'équipe technique de l'enquête post campagne de vaccination.

Les remerciements s'adressent aussi à GAVI, l'Organisation mondiale de la santé et Ministère de la Santé de la RDC, la Direction nationale du Programme élargi de vaccination et l'Institut national des statistiques pour leur appui financier et technique à la réalisation de l'enquête.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- Ashbaugh, H. R., Hoff, N. A., Doshi, R. H., Alfonso, V. H., Gadoth, A., Mukadi, P., ... & Rimoin, A. W. (2018). Predictors of measles vaccination coverage among children 6–59 months of age in the Democratic Republic of the Congo. *Vaccine*, 36(4), 587–593. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.11.049>
- Babakura, B., Nomhwange, T., Jean Baptiste, A. E., Dede, O., Taiwo, L., Abba, S., ... & Shuaib, F. (2021). The challenges of insecurity on implementing vaccination campaign and its effect on measles elimination and control efforts: A case study of 2017/18 measles campaign in Borno state, Nigeria. *Vaccine*, 39(5), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.01.024>
- Coulborn, R. M., Nackers, F., Bachy, C., Porten, K., Vochten, H., Ndele, E., ... & Panunzi, I. (2020). Field challenges to measles elimination in the Democratic Republic of the Congo. *Vaccine*, 38(13), 2800–2807. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.02.029>
- Danovaro-Holliday, M. C., Rhoda, D. A., Lacoul, M., Prier, M. L., Gautam, J. S., Pokhrel, T.

- N., ... & Bose, A. S. (2022). Who gets vaccinated in a measles-rubella campaign in Nepal? Results from a post-campaign coverage survey. *BMC Public Health*, 22(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12652-9>
- Gil Cuesta, J., Mukembe, N., Valentiner-Branth, P., Stefanoff, P., & Lenglet, A. (2015). Measles vaccination coverage survey in Moba, Katanga, Democratic Republic of Congo, 2013: Need to adapt routine and mass vaccination campaigns to reach the unreached. *PLoS Currents*, 7. <https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.8a1b00760dfd81481eb42234bd18ced3>
- Minta, A. A., Ferrari, M., Antoni, S., Lambert, B., Sayi, T. S., Hsu, C. H., ... & Crowcroft, N. S. (2024). Progress toward measles elimination — Worldwide, 2000–2023. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 73(45), 1036–1042. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7345a4>
- Organisation mondiale de la santé. (2018). Programme pour la vaccination à l’horizon 2030 : Une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté. https://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/BLS20116_IA_Visula-ID-DesignLayout_FR_WEB.pdf [consulté le 10 juillet 2025]
- Organisation Mondiale de la Santé Région Afrique . (2021). Progrès réalisés vers l’élimination de la rougeole en 2020. AFR-RC71-INF.DOC-2. [consulté le 10 juillet 2025]
- Peyraud, N., Quéré, M., Duc, G., Chèvre, C., Wanteu, T., Reache, S., ... & Rulla, M. (2018). A post-conflict vaccination campaign, Central African Republic. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(8), 540–547. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.204321>
- Priyadharshini, J. A. (2019). Coverage survey of Measles-Rubella mass vaccination campaign in a rural area in Tamil Nadu. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(5), 1884–1888. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_316_19
- Rajkumari, B., Keisam, A., Haobam, D. S., & Thounaojam, T. (2020). Evaluation of vaccination coverage of Measles-Rubella campaign in Imphal East District, Manipur: A cross-sectional study. *Indian Journal of Public Health*, 64(2), 173–177. https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_361_19
- République Démocratique du Congo, Direction Surveillance Epidémiologique. (2023). RD Congo : Situation de la Rougeole en RDC, S52-2022. https://reliefweb.int/attachments/fb79926c-8d04-41be-a8ed-e68c0039a200/reunion_de_coordination_de_lutte_contre_les_epidemies_de_rougeole_en_rdc_s52_2022_vf.pdf. [consulté le 10 juillet 2025]
- République Démocratique du Congo, Direction Surveillance Epidémiologique. (2024). RD Congo : Situation de la lutte contre la rougeole et la rubéole en RDC — Semaine épidémiologique 39. <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/rd-congo-situation-de-la-lutte-contre-la-rougeole-et-la-rubeole-en-rdc-semaine-epidemiologique-39-mise-jour-du-08102024>. [consulté le 10 juillet 2025].
- Rossi, R., Assaad, R., Rebeschini, A., & Hamadeh, R. (2016). Vaccination coverage cluster surveys in Middle Dreib — Akkar, Lebanon: Comparison of vaccination coverage in children aged 12–59 months pre- and post-vaccination campaign. *PLoS ONE*, 11(12), e0168145. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168145>
- Salami, L., Glele-Ahanhanzo, Y., Nimpa, M., Sossa, C. J., Danovaro-Holliday, M., Saleh, J., ... & Ouendo, E. (2023). Contributions of the measles follow-up vaccination campaign to improving the vaccination coverage of children aged 6–59 months in the Democratic Republic of the Congo in 2019. *Open Journal of Epidemiology*, 13(3), 151–166. <https://doi.org/10.4236/ojepi.2023.133012>
- Sethi, D., & Sharma, P. (2022). To estimate the coverage of measles rubella vaccination campaign in Punjab region. *Desh Bhagat University Journal*. [consulté le 10 juillet 2025]
- Subaiya, S., Tabu, C., N’ganga, J., Awes, A. A., Sergon, K., Cosmas, L., ... & Gary, H. (2018). Use of the revised World Health Organization cluster survey methodology to classify

- measles-rubella vaccination campaign coverage in 47 counties in Kenya, 2016. PLoS ONE, 13(7), e0199786. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199786>
- Uddin, J., Adhikary, G., Ali, W., Ahmed, S., Shamsuzzaman, Odell, C., ... & Alam, N. (2016). Evaluation of impact of measles rubella campaign on vaccination coverage and routine immunization services in Bangladesh. BMC Infectious Diseases, 16(1), 411. <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1755-0>
- World Health Organization. (2018). World Health Organization vaccination coverage cluster surveys: Reference manual. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272820>. [consulté le 10 juillet 2025]

© 2025 SALAMI, 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 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 6 October 2024
Accepted, 21 November 2025
Published, 28 November 2025
<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Diendere, J., et al. (2025). Coûts directs comparés de la prise en charge de l'hypertension artérielle entre patients de poids corporel normal et en surcharge pondérale : analyse du point de vue patient en milieu de soins primaires à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 308- 318. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.21>

Research

Coûts directs comparés de la prise en charge de l'hypertension artérielle entre patients de poids corporel normal et en surcharge pondérale : analyse du point de vue patient en milieu de soins primaires à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Comparative direct costs for hypertension management between hypertensive patients with normal body mass index and those with excess body weight: a patient-level analysis in primary care in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Jeoffray Diendéré^{1,*}, Sibiri Konaté¹, Ouaré Victorien³, Watton Rodrigue Diao⁴ et Augustin Nawidimbamba Zeba¹

¹Département des Sciences Biomédicales et de Santé Publique, Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

²District Sanitaire de Dafra, Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique des Hauts-Bassins, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

³Département de Santé Publique, Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

⁴Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique des Hauts-Bassins, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

* **Correspondance : Email :** jeoffray.diendere@gmail.com ; (<https://orcid.org/0000-0002-2654-5135>) Tel : (+226) 71 09 40 96

Résumé

L'objectif de cette étude était principalement de comparer les coûts directs de prise en charge (PEC) entre les patients hypertendus ayant un indice de masse corporelle (IMC) normal et en surcharge pondérale, et de déterminer secondairement les facteurs associés à un coût direct élevé, en soins primaires dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Cette analyse au niveau patient était transversale, par l'administration d'une version adaptée de l'outil "Costs for Patients Questionnaire" comprenant différentes composantes d'estimation de coûts directs. Des adultes hypertendus étaient interviewés entre janvier et février 2022, dans 20 CSPS publics de Bobo-Dioulasso. Les 377 participants ayant un $IMC \geq 18,5$ kg/m² et inclus pour l'analyse avaient un âge moyen de $56,2 \pm 10,4$ ans, une durée moyenne du diagnostic de $8,2 \pm 6,6$ ans. La fréquence de la surcharge pondérale était de 48%. Par patient-année, la moyenne en FCFA (IC 95%) des coûts directs estimés étaient de 105853 (89195 – 122511) en cas de surcharge pondérale, contre 54085 (43794 – 64377) lorsque l'IMC était normal, $p=0,0001$. En régression logistique, les facteurs associés à un coût direct élevé, atteignant le 4^{ème} quartile étaient : l'âge compris entre 50 – 60 ans, être instruits, la longue durée du diagnostic, une pression artérielle systolique élevée, la bi-/trithérapie, le surpoids ($ORa=1,9$, $p=0,042$) et l'obésité ($ORa= 6,5$, $p=0,0001$). Le coût direct augmentait en cas de surcharge

pondérale. C'est un facteur modifiable et une intervention efficace soutiendra l'implémentation d'un système de couverture sanitaire durable ciblant les pathologies chroniques dont l'HTA.

Mots-clés : Hypertension, Surcharge pondérale, Coûts directs, Soins primaires, Burkina Faso

Abstract

The primary objective of this study was to compare the direct costs of management between hypertensive patients with normal body mass index (BMI) and those with excess body weight, and secondarily to determine the associated factors with high direct costs in primary care, at primary health care centers (PHCCs) in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. This patient-level analysis was cross-sectional and used an adapted version of the 'Costs for Patients Questionnaire', which includes different components to estimate direct costs. Adults with hypertension were interviewed in 20 public PHCCs in Bobo-Dioulasso between January and February 2022. The 377 participants with a BMI ≥ 18.5 kg/m² included in the analysis had a mean age of 56.2 ± 10.4 years and a mean duration of diagnosis of 8.2 ± 6.6 years. The prevalence of excess body weight (overweight plus obesity) was 48%. Annually and per patient, the average estimated direct costs in CFA francs (95% CI) were 105853 (89195 - 122511) for hypertensive patients with overweight/obesity compared to 54085 (43794 - 64377) for hypertensive patients with a normal BMI, $p = 0.0001$. In logistic regression, the factors associated with high direct costs, reaching the 4th quartile, were: age between fifty and sixty years, being educated, long duration of diagnosis, elevated systolic blood pressure, bi-/tritherapy, overweight (aOR=1.9, $p=0.042$) and obesity (aOR=6.5, $p=0.0001$). Direct costs were higher for individuals who were overweight, which is a modifiable factor. This intervention is crucial for the efficient implementation of an operational and sustainable health care system targeting chronic diseases, including hypertension.

Keywords: Hypertension, Overweight/obesity, Direct costs, Primary care, Burkina Faso

1. Introduction

Le processus de la transition épidémiologique s'accompagne d'une émergence des risques et des maladies chroniques non transmissibles (MNT) dans les pays à revenu faible et moyen (PRFM) (Asogwa et al., 2022). Les risques et maladies cardiovasculaires (MCV) sont les plus prépondérants pour les pays d'Afrique Sub-Saharienne (ASS) (Cappuccio & Miller, 2016) dont le Burkina Faso. Ainsi, l'hypertension artérielle (HTA) et la surcharge pondérale (surpoids plus obésité) sont des pathologies en expansion en ASS (Akpa et al., 2020), avec un rythme accéléré par l'urbanisation accrue (Commodore-Mensah, Samuel, Dennison-Himmelfarb, & Agyemang, 2014). Désormais, les systèmes de soins de ces PFRM, généralement structurés en trois échelons (niveau des soins primaires, intermédiaires et tertiaires) suivant les recommandations d'Alma Ata, et auparavant plus avertis pour la gestion et la prise en charge (PEC) des maladies transmissibles, devraient aussi faire face à la gestion et PEC de ces risques et MCV (Cárdenas et al., 2021). Au Burkina Faso, l'HTA affecte environ un quart de la population urbaine (Soubeiga, Millogo, Bicaba, Doulogou, & Kouanda, 2017). Elle est classée parmi les dix premiers motifs de consultations au niveau des soins primaires dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2022). Quant à la surcharge pondérale, sa prévalence était d'environ 40% (Kaboré et al., 2020) en milieu urbain. Elle coexiste souvent avec d'autres troubles métaboliques comme le diabète (diabésité) (Ng, Delgado, Borlaug, & Bax, 2021) et l'HTA (Akpa et al., 2020) (en population générale burkinabè,

risque deux fois plus élevé en cas de surpoids, et cinq fois en cas d'obésité (Soubeiga et al., 2017)), qui constituent couramment les circonstances de demande de soins. Les soins pour HTA nécessitent un investissement financier de la part du patient et/ou de son entourage et/ou du Gouvernement en charge de l'organisation et de la gestion du système de soins, et ce fardeau économique est rarement évalué en ASS (Gheorghe et al., 2018). Il convient de noter que pour plus d'efficacité du système de soins au Burkina Faso, l'approche de l'opérationnalisation d'un système de couverture sanitaire est en cours d'analyse.

Le coût direct de PEC de l'HTA exprimé par le patient lui-même, en distinguant le coût rapporté par les patients hypertendus de poids corporel normal (indice de masse corporelle [IMC] de 18,5 à 24,9 kg/m²), de celui des patients hypertendus en surcharge pondérale (IMC $\geq$ 25 kg/m²) n'a pas été évalué au Burkina Faso.

L'objectif de cette analyse du point de vue du patient était principalement de comparer les coûts directs de PEC de l'HTA entre les sujets hypertendus ayant un IMC normal et en surcharge pondérale, et de déterminer secondairement les facteurs associés à un coût direct de PEC élevé au premier niveau de soins à Bobo-Dioulasso.

2. Matériaux et Méthodes

C'est une étude transversale par une analyse au niveau du patient des données recueillies avec une version adaptée du "*Costs for Patients Questionnaire*" (CoPaQ) (Laberge et al., 2021; Poder, Coulibaly, Gaudreault, Berthelot, & Laberge, 2022; Poder, Coulibaly, Hassan, Conombo, & Laberge, 2022), chez des patients hypertendus de poids corporel normal ou en surcharge pondérale, consultant dans les structures de soins primaires de la ville de Bobo-Dioulasso. Une démarche similaire (au CoPaQ) avait été utilisée au Burkina Faso (Guiguemé, Coulibaly, Coulibaly, Ouedraogo, & Gbary, 1997).

2.1. Période, site et population d'étude

L'enquête s'est tenue de janvier à février 2022. La collecte de données s'est déroulée dans la ville de Bobo-Dioulasso, qui compte 20 CSPS (relevant des districts sanitaires de Do et de Dafra), qui sont sous l'administration de la Direction Régionale sanitaire et de l'Hygiène Publique des Hauts-Bassins, à l'ouest du Burkina Faso. L'ensemble de ces CSPS couvre une superficie de 1805 km², une population de 489 967 habitants (Institut National de la Statistique et de la Démographie du Burkina Faso, 2022). La population d'étude était les patients hypertendus connus, consultant pour leur HTA, dans ces 20 CSPS.

2.2. Taille de l'échantillon et mode de sélection des participants

La taille de l'échantillon était estimée par la formule, $n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2}$ (Lwanga, Lemeshow, &

Organisation Mondiale de la Santé, 1991) où n est la taille de l'échantillon, Z l'écart réduit (1,96 pour un niveau de confiance de 95%), σ = l'écart-type et d la marge d'erreur tolérée. Pour un niveau de confiance de 95%, la taille de l'échantillon était de 380.

Le poids de chaque CSPS (population couverte par chaque CSPS rapportée à la population totale de l'ensemble des 20 CSPS) étant connu, le nombre de participants à sélectionner par CSPS était fonction de ce poids. L'équipe de recueil de données avait établi un ordre aléatoire de passage dans les locaux des CSPS pour l'entretien avec les participants. Sur les lieux de recueil de données, les participants étaient aléatoirement sélectionnés. Les patients éligibles (hypertendus connus et traités) reçus en consultation le jour de notre visite dans le CSPS, étaient consécutivement inclus (enquêtés) jusqu'à atteindre le nombre requis pour le CSPS.

2.3. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Tout patient âgé de 18 ans et plus, hypertendu connu, consultant pour son HTA dans les CSPS de Bobo-Dioulasso, était éligible à participer à l'étude. Cependant, les femmes enceintes avec une HTA et les patients hypertendus présentant un trouble mental n'étaient pas enquêtés.

2.4. Variables de l'étude

Les variables d'étude sociodémographiques et du mode de vie étaient directement recueillies

en mode face à face, ainsi que huit composantes (items du CoPaQ) permettant le calcul du coût direct. Les paramètres physiques tels que le poids, la taille, la tension artérielle systolique (TAS) et la tension artérielle diastolique (TAD) étaient mesurés.

Les paramètres socio-démographiques et économiques : (âge, sexe, résidence, niveau d'instruction, profession, statut marital), et socio-économiques (revenu mensuel) étaient recueillis.

Les facteurs liés à la maladie étaient l'âge du diagnostic de l'HTA, la thérapie, c'est-à-dire la/les molécule(s) au moment de l'interview.

Les facteurs liés au mode de vie : modifiables considérés étaient la consommation des substances (alcool, tabac), des fruits et légumes et la pratique d'activités physiques.

Estimation coût direct du point de vue patient : La valorisation des coûts avait été faite sur les 12 derniers mois. Le CoPaQ inclut huit composantes pouvant être utilisées, et la somme des coûts de chacune de ces composantes constitue le coût direct de la PEC de l'HTA du point de vue patient. Une approche similaire avait déjà été faite dans la même zone d'étude au Burkina Faso (Guiguemdé et al., 1997). Ainsi, le coût direct (CD) inclut le coût de la consultation médicale (CC), le coût d'hospitalisation (CH), le coût des examens paracliniques (CEP), le coût des médicaments (CM), le coût de rééducation (CK), le coût d'abonnement au gymnase (CG), le coût du transport du malade (CT) et le coût d'adhésion à une mutuelle de santé (AM). Pour un nombre n de patients atteints d'HTA, le CD se calcule comme suit :

$CD = (CC + CH + CE + CM + CK + CG + CT + AM) * n$ où n est la taille de l'échantillon.

Le coût des médicaments était valorisé selon les dispositions en vigueur. Le coût des médicaments essentiels génériques est fixé par arrêté N°2019-0306 du Ministère en charge de la santé du Burkina Faso, portant fixation des prix de vente des MEG. Le coût des spécialités médicamenteuses était valorisé sur la base de la table des coûts de l'Agence Nationale de Régulation Pharmaceutique.

Le coût du transport était valorisé sur la base de la distance parcourue et des moyens de transport utilisés par les patients pour se rendre dans les centres de suivi. Au Burkina Faso, les directives prévoient 40 FCFA pour les véhicules à deux roues, 100 FCFA pour les véhicules à quatre roues le kilomètre et 300 FCFA pour les taxis d'une escale à l'autre.

Le revenu des participants : il était valorisé sur la base des catégories professionnelles. Le revenu des agents du secteur public avait été valorisé à partir de la grille salariale de la fonction publique et les autres catégories professionnelles sur la base de leur déclaration.

Les paramètres physiques : La TAS et la TAD étaient mesurées (en mm Hg), à deux reprises, à l'aide d'un tensiomètre électronique OMRON M2 Eco, et la moyenne des deux mesures étaient considérées pour l'analyse. L'anthropométrie était conduite sur une surface plane et dure. Le poids (P en kg) était mesuré avec un pèse-personne électronique (SECA) chez un patient légèrement vêtu et sans chaussures, et la taille (T en m) avec une toise SECA chez un patient déchaussé et le scalp libre. Avec la formule P/T^2 , l'IMC (en kg/m^2) était calculé et il était normal si sa valeur était de 18,5 à 24,9 ; le surpoids correspondait à un IMC de 25 à 29,9 et l'obésité à un IMC d'au moins 30. Seuls les sujets ayant un IMC d'au moins 18,5 étaient inclus pour l'analyse.

2.5. Compilation des données et analyses statistiques

Les variables étaient saisies dans le logiciel Excel 3.5.1, préalablement paramétré, et analysées avec le logiciel STATA 14.0 (Texas, États-Unis). Les variables qualitatives étaient exprimées en pourcentage et en intervalle de confiance à 95% (IC 95 %) et les tests de χ^2 ou exacts de Fisher étaient utilisés pour leur comparaison. Les variables quantitatives, notamment les coûts de chacune des huit composantes et le coût direct, étaient exprimées en moyenne $\pm$ écart-type et CI à 95 % et comparées à l'aide du test de Student. Les trois seuils de quartiles servant à catégoriser le niveau croissant du direct ont aussi été exprimés. Une analyse multivariée pas à pas descendante était réalisée, destinée à relever les facteurs associés à un coût direct plus élevé,

atteignant le quatrième quartile. Les variables intégrées dans le modèle étaient celles dont le p était inférieur à 0,25 en analyse univariée. Dans tous les cas, le seuil de significativité retenu était de 5%.

2.6. Considérations éthiques

Les entretiens se tenaient après recueil d'un consentement verbal. La Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DRSP) des Hauts-Bassins a accordé l'autorisation de la tenue de l'enquête. Avant l'utilisation des données de l'enquête, une autorisation d'exploitation de données a été accordée par le Comité d'Ethique Institutionnel pour la Recherche en Santé (CEIRS) de l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, et enregistrée sous le numéro : 39-2023 CEIRS, du 22 novembre 2023.

3. Résultats

3.1. Description des caractéristiques socio-démographiques, du mode de vie et de la surcharge pondérale chez les patients hypertendus

Les 377 participants (57,6% de femmes) dont l'IMC était d'au moins 18,5 kg/m² étaient inclus pour l'analyse, et ils avaient un âge moyen de $56,2 \pm 10,4$ ans, avec une durée moyenne du diagnostic de l'HTA de $8,2 \pm 6,6$ ans. La fréquence de la surcharge pondérale était de 48%. Les autres variables sociodémographiques et le mode de vie sont décrits dans le tableau 1. Les sujets hypertendus et en surcharge pondérale avaient une moyenne de PAS plus élevée, de même que la différentielle (écart entre la PAS et la PAD).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients étudiés, N = 377

	n (%)
Sexe	
- Femmes	217 (57,6)
- Hommes	160 (42,4)
Moyenne d'âge ($\pm$standard déviation) en années	56,2 ($\pm$ 10,4)
Classe d'âge (en années)	
- ≤ 39	97 (25,7)
- 40 – 49	121 (32,1)
- ≥ 50	159 (42,2)
Milieu de résidence	
- Urbain	183 (48,5)
- Peri-urbain	194 (51,5)
Niveau d'instruction	
- Sans niveau ou niveau primaire	231 (61,3)
- Secondaire ou plus	146 (38,7)
Statut marital	
- Vivant seuls	99 (26,3)
- Vivant en couple	278 (73,7)
Revenu annuel moyen en FCFA ($\pm$écart-type)	788787 ($\pm$ 858425)
Traitement	
- Patients sous monothérapie	209 (55,4)
- Patients sous bi-/trithérapie	168 (44,6)
Consommation de substances	
- Ne consommant aucune substance	226 (60,0)
- Consommant l'alcool et/ou tabac	151 (40,0)
Pratique de l'activité Physique	
- Physiquement actifs	267 (70,8)
- Physiquement inactifs	110 (29,2)
Consommation de fruits et légumes	
- N'ayant consommé ni fruit ni légume	172 (45,6)
- Ayant consommé un ou deux fruit ou légume	115 (30,5)
- Ayant consommé au moins trois fruits et légumes	90 (23,9)

3.2. Comparaison des coûts directs de PEC entre hypertendus de poids normal et en surcharge pondérale

Le Tableau 2 compare les coûts intangibles des différentes composantes du coût direct total. Seulement deux patients étaient affiliés à une mutuelle de santé, ou soumis à des séances de rééducation, aucun patient ne pratiquait une activité physique encadrée payante, et ainsi la comparaison de coût n'était appliquée à ces composantes. Outre la composante « coût des examens paracliniques », les moyennes de coûts des autres composantes comparées étaient plus élevées chez les patients hypertendus en surcharge pondérale. Au total, par patient et par an, les moyennes en FCFA (IC 95 %) du coût direct de PEC étaient de 105853 (89195 – 122511) en cas de surcharge pondérale et de 54085 (43794 – 64377) lorsque l'IMC était normal, $p = 0,0001$.

Tableau 2 : Comparaison des coûts intangibles des différentes composantes du coût direct de la prise en charge de l'HTA, entre les patients ayant un IMC normal et en surcharge pondérale

Composantes et total du coût direct	Ensemble des hypertendus N = 377		IMC normal (18,5 – 24,9 kg/m ²) n = 196		Surcharge pondérale (IMC ≥25) n = 181		
	Moyenne (écart-type)	IC à 95%	Moyenne (écart-type)	IC à 95%	Moyenne (écart-type)	IC à 95%	P
Transport (150/148)	3869 (4018)	3411 – 4327	3676 (3501)	3112 – 4241	4065 (4485)	3336 – 4793	0,041
Consultations médicales (196/181)	14620 (22565)	12335 – 16905	8940 (11658)	7297 – 10582	20771 (29039)	16512 – 25030	0,0001
Médicaments (187/176)	38885 (46828)	34052 – 43719	28003 (36426)	22748 – 33258	50447 (53525)	42484 – 58410	0,0001
Examens paracliniques (65/92)	25734 (37789)	19777 – 31691	29292 (48631)	17243 – 41343	23220 (27735)	17476 – 28964	0,32
Hospitalisations (27/44)	68451 (71101)	51622 – 85280	42834 (52574)	22034 – 63631	84171 (76769)	60831 – 107511	0,0085
Rééducation (0/2) †	30000 (0)	...	...	...	30000 (0)	...	...
Adhésion à une mutuelle de santé (0/2) ‡	10000 (0)	...	...	...	10000 (0)	...	...
‡ Salle de sport (0/0) ≠	...	...	...	...	...	...	...
Coût direct (196/181)	78939 (98050)	69010 – 88869	54085 (73056)	43794 – 64377	105853 (113576)	89195 – 122511	0,0001

† Deux participants, tous en excès de poids, étaient soumis à des séances de kinésithérapie, ‡ Deux participants, tous en excès de poids, étaient affiliés à une mutuelle de santé, ≠ Aucun participant n'était inscrit pour la pratique d'une activité physique accompagnée.

3.3. Facteurs associés à un coût direct de prise en charge élevé

Les seuils des quartiles du coût direct étaient de 11 900 ; 44 076 et 101 148 FCFA et le tableau 3 rapporte les résultats de l'analyse multivariée relevant les facteurs explicatifs de l'augmentation du coût direct de PEC. Ainsi, en régression logistique pas-à-pas descente, les facteurs significativement associés à un coût direct élevé atteignant le 4^{ème} quartile étaient : l'âge compris entre cinquante et soixante ans (odds ratio ajusté [ORa] = 2,2 ; IC 95% : 1,1 – 4,5), être instruits (ORa = 2,3 ; IC 95% : 1,3 – 4,0), la longue durée du diagnostic (ORa = 1,05 ; IC 95% : 1,01 – 1,1), l'élévation de la pression artérielle systolique, la bi-/trithérapie (ORa = 3,5 ; IC 95% : 2,0 – 6,2), le surpoids (ORa=1,9 ; IC 95% : 1,1 – 3,6) et l'obésité (ORa = 6,5 ; IC 95% : 3,1 – 13,7).

Tableau 3 : Les facteurs associés avec un coût direct élevé de PEC de HTA, en analyse multivariée pas-à-pas descendante

	Analyse univariée			Analyse multivariée		
	OR _b	CI à 95%	P	OR _a	CI à 95%	P
Sexe : Femmes versus Hommes (Réf)	> 0,9	0,6 – 1,5	0,69	---	---	---
Classe d'âge (en années)						
- ≤ 39 (Réf)	1			1		
- 40 – 49	1,8	> 0,9 – 3,3	0,064	2,2	1,1 – 4,5	0,031
- ≥ 50	> 0,9	0,5 – 1,8	0,96	1,3	0,6 – 2,8	0,49
Milieu de résidence : Urbain, versus Péri-urbain (Réf)	3,0	1,8 – 4,9	0,0001	1,2	0,7 – 2,2	0,51
Niveau d'éducation : Primaire au moins, versus Sans niveau	2,4	1,5 – 3,9	0,0001	2,3	1,3 – 4,0	0,005
Statut marital : Vivant seuls, versus Vivant en couple (Réf)	1,9	1,1 – 3,4	0,0001	1,5	0,8 – 2,9	0,25
Revenu supérieur au SMIG : Oui versus Non (Réf)	2,2	1,4 – 3,6	0,001	1,3	0,7 – 2,4	0,42
Durée du diagnostic (en années)	1,1	> 0,9 - 1,1	0,248	1,05	1,01 – 1,1	0,016
Tension artérielle systolique (mmHg)	> 1,02	1,01 – 1,04	0,0001	1,02	1,00 - 1,03	0,032
Tension artérielle Diastolique (mmHg)	1,04	1,02 – 1,06	0,0001	1,00	0,97 – 1,03	0,90
Traitement : Sous bi- ou trithérapie, versus aucun ou monothérapie (Réf)	4,3	2,6 – 7,1	0,0001	3,5	2,0 – 6,2	0,0001
Consommation d'alcool et/ou tabac : Oui, versus Non (Réf)	0,9	0,6 – 1,5	0,80	---	---	---
Activité Physique : Inactifs, versus Actifs (Réf)	0,8	0,4 – 1,2	0,265	---	---	---
Consommation de fruits et légumes : Consommant trois ou plus, versus moins de trois (Réf)	1,1	0,6 – 1,9	0,71	---	---	---
Contrôle du poids corporel						
- IMC Normal (Réf)	1			1		
- Surpoids	2,2	1,3 – 3,9	0,006	1,9	1,1 – 3,6	0,042
- Obésité	8,5	4,4 – 16,4	0,0001	6,5	3,1 – 13,7	0,0001

--- : Variable indépendante dont la Valeur de p est supérieure à 0,25 en analyse univariée, et donc non intégré dans le modèle multivarié final de la régression logistique pas-à-pas descendante, OR_b: Odds ratio brute, OR_a: Odds ratio ajusté.

4. Discussion

La surcharge pondérale, fréquente en milieu de soins primaires, double le coût direct de PEC de l'HTA qui peut atteindre près du tiers de la valeur du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) du pays.

4.1. Surcharge pondérale chez les sujets hypertendus en soins primaires

La prévalence de la surcharge pondérale (48%) était comparable au niveau observé chez les adultes hypertendus connus (53,8%) au Burkina Faso (Diendéré et al., 2022). Cette prévalence élevée s'explique par la nature de la population étudiée, c'est-à-dire, des sujets connus hypertendus : En effet, le gain de poids (pouvant évoluer en surcharge pondérale) contribue à l'augmentation des résistances vasculaires, et donc à l'occurrence de l'HTA (John E. Hall, 2000). De plus, la prise de poids (ou surcharge pondérale) constitue un élément motivant la réalisation de dépistage, circonstance du diagnostic de l'HTA (Hasan et al., 2020).

4.2. Coûts directs comparés entre hypertendus de poids normal et en surcharge pondérale

Chez les sujets en surcharge pondérale, le coût direct de PEC était deux fois plus élevé (105 853 FCFA) atteignant près de 29% de la valeur du SMIG (30 684 FCFA) (International Labor

Organization, 2012) au moment de notre étude (2022) au Burkina Faso, où le taux d'extrême pauvreté était de 26,3% (« Burkina Faso Vue d'ensemble », s. d.). En effet, le risque d'une HTA non contrôlée était multiplié par deux et par cinq respectivement, en cas de surpoids et d'obésité (Diendéré et al., 2024). Cette difficulté pour le contrôle de l'HTA peut conduire à la prescription d'un nombre plus élevé d'antihypertenseurs pour le renforcement du traitement, et d'examen complémentaires pour le bilan de retentissement, nécessitant des déplacements supplémentaires. Sur l'évaluation des coûts directs de PEC de l'HTA associée à la surcharge pondérale en ASS, peu d'analyses du point de vue patient ont été conduites en milieu soins primaires subsaharien (Gheorghe et al., 2018). Cependant, il convient de souligner que de manière générale (non exclusivement au sein de sujets hypertendus), l'augmentation du fardeau économique de la surcharge pondérale était rapportée en ASS. Ainsi, le fardeau économique (du point de vue patient plus dépenses gouvernementales) annuel par individu au Ghana était estimé à 619 US\$ (371 701 FCFA), 1298 US\$ (779 449 FCFA) et 2057 US\$ (1 235 229 FCFA) respectivement pour les sujets ayant un IMC normal, en surpoids et obèses (Lartey et al., 2020). Annuellement, les dépenses en santé du Gouvernement Sud-Africain par personne en surcharge pondérale était estimée à 2 769 ZAR (91158 FCFA), avec un total correspondant à 15,38% de toutes les dépenses du gouvernement en santé et à 0,69% du produit intérieur brut du pays (Boachie, Thsehla, Immurana, Kohli-Lynch, & Hofman, 2022).

4.3. Facteurs associés à un coût direct de prise en charge élevé

PAS élevée et bi-/trithérapie : L'augmentation de la PAS avec celle du coût direct de PEC, serait en lien avec la fréquence élevée de l'HTA non contrôlée dans les PRFM, notamment en ASS (Ferdinand, 2020) où sa prévalence moyenne pourrait atteindre 88,5% (Sorato et al., 2021) et expliquée par un schéma multifactoriel (non-adhérence au traitement, faible implication des gouvernements à la formation des soignants pour la PEC etc.). Par ailleurs, la monothérapie était considérée moins onéreuse que la polythérapie (Rachana, Anuradha, & Shivamurthy, 2014).

Facteurs sociodémographiques : L'âge élevé (entre 50 - 60 ans) était associé avec des coûts de PEC élevés : Cette tranche d'âge est encore une période active, un moment où les adultes sont plus soucieux, et prompts à y investir. De même, à cette période de la vie, la récurrence des comorbidités (avec plus souvent des contre-indications pour certains médicaments plus accessibles) limite le choix des stratégies thérapeutiques efficaces (Asgedom et al., 2020). Le niveau d'instruction plus élevé était associé à un coût direct de PEC élevé, du fait probablement qu'il interfère avec le niveau de connaissance sur l'HTA (Pandit et al., 2009) et du comportement adopté (incluant l'attitude à investir financièrement pour sa santé) vis-à-vis de la maladie.

4.4. Forces et limites de notre étude

Les études évaluant les coûts de PEC de l'HTA avec l'impact économique des facteurs modifiables dont la surcharge pondérale sont rares au Burkina Faso où l'implémentation d'un système de couverture sanitaire universelle est en planification. Cependant, cette enquête n'a concerné que les CSPS publics malgré l'importance des structures de soins primaires privés à Bobo-Dioulasso, et le mode de calcul de la taille de l'échantillon n'a pas tenu compte de certains facteurs d'ajustement. Néanmoins, ces premières données limitées aux hypertendus en soins primaires en ville, peuvent orienter la conduite d'études représentatives plus approfondies, d'envergure nationale, incluant tous les échelons de soins, pour permettre des prises de décisions fondées sur les évidences.

5. Conclusion

La surcharge pondérale, fréquente en milieu de soins primaires, double le coût direct de PEC de l'HTA, pouvant atteindre près du tiers de la valeur du SMIG. Une intervention sur ce facteur modifiable est cruciale dans un contexte de ressources limitées, pour permettre une

implémentation d'un système de couverture sanitaire efficiente, opérationnelle et durable, ciblant aussi les maladies et risques cardiovasculaires, dont l'HTA. Des études de coûts plus approfondies sont souhaitables. Elles devraient permettre aussi d'estimer les bénéfices ou gains indirects de l'intervention visant la réduction de la surcharge pondérale, sur les autres pathologies chroniques, pour encourager et favoriser l'implémentation d'un système de couverture qui tient compte de la dynamique de la transition épidémiologique dans le pays.

Remerciements

Les agents de Santé des Districts Sanitaires et des CSPS de Bobo-Dioulasso qui ont facilité le travail de recueil de données.

Conflits d'intérêts

Néant

Références

- Akpa, O. M., Made, F., Ojo, A., Ovbiagele, B., Adu, D., Motala, A. A., ... as members of the CVD Working Group of the H3Africa Consortium. (2020). Regional Patterns and Association Between Obesity and Hypertension in Africa : Evidence From the H3Africa CHAIR Study. *Hypertension* (Dallas, Tex.: 1979), 75(5), 1167-1178. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.14147>
- Asgedom, S. W., Amanuel, K., Gidey, M. T., Niriayo, Y. L., Gidey, K., & Atey, T. M. (2020). Treatment resistant hypertension among ambulatory hypertensive patients : A cross sectional study. *PloS One*, 15(4), e0232254. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232254>
- Asogwa, O. A., Boateng, D., Marzà-Florensa, A., Peters, S., Levitt, N., van Olmen, J., & Klipstein-Grobusch, K. (2022). Multimorbidity of non-communicable diseases in low-income and middle-income countries : A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 12(1), e049133. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049133>
- Boachie, M. K., Thsehla, E., Immurana, M., Kohli-Lynch, C., & Hofman, K. J. (2022). Estimating the healthcare cost of overweight and obesity in South Africa. *Global Health Action*, 15(1), 2045092. <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2045092>
- Burkina Faso Vue d'ensemble [Text/HTML]. (s. d.). Consulté 2 août 2024, à l'adresse World Bank website: <https://www.banquemondiale.org/fr/country/burkinafaso/overview>
- Cappuccio, F. P., & Miller, M. A. (2016). Cardiovascular disease and hypertension in sub-Saharan Africa : Burden, risk and interventions. *Internal and Emergency Medicine*, 11(3), 299-305. <https://doi.org/10.1007/s11739-016-1423-9>
- Cárdenas, M. K., Pérez-León, S., Singh, S. B., Madede, T., Munguambe, S., Govo, V., ... Beran, D. (2021). Forty years after Alma-Ata : Primary health-care preparedness for chronic diseases in Mozambique, Nepal and Peru. *Global Health Action*, 14(1), 1975920. <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1975920>
- Commodore-Mensah, Y., Samuel, L. J., Dennison-Himmelfarb, C. R., & Agyemang, C. (2014). Hypertension and overweight/obesity in Ghanaians and Nigerians living in West Africa and industrialized countries : A systematic review. *Journal of Hypertension*, 32(3), 464-472. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000061>
- Diendéré, J., Kaboré, J., Bosu, W. K., Somé, J. W., Garanet, F., Ouédraogo, P. V., ... Zeba, A. N. (2022). A comparison of unhealthy lifestyle practices among adults with hypertension aware and unaware of their hypertensive status : Results from the 2013 WHO STEPS survey in Burkina Faso. *BMC Public Health*, 22(1), 1601. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14026-7>
- Diendéré, J., Ouédraogo, P. V., Konaté, S., Ouaré, V., Nongkouni, E., Zeba, A. N., & Meda, N. (2024). Uncontrolled hypertension among adult patients at ambulatory primary care : Frequency and factors associated in urban and peri-urban Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 29, 101764.

<https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101764>

Ferdinand, K. C. (2020). Uncontrolled hypertension in sub-Saharan Africa : Now is the time to address a looming crisis. *The Journal of Clinical Hypertension*, 22(11), 2111-2113. <https://doi.org/10.1111/jch.14046>

Gheorghe, A., Griffiths, U., Murphy, A., Legido-Quigley, H., Lamptey, P., & Perel, P. (2018). The economic burden of cardiovascular disease and hypertension in low- and middle-income countries : A systematic review. *BMC Public Health*, 18(1), 975. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5806-x>

Guiguemdé, T. R., Coulibaly, N., Coulibaly, S. O., Ouedraogo, J. B., & Gbary, A. R. (1997). Esquisse d'une méthode d'estimation du coût économique chiffré des accès palustres : Application à une zone rurale au Burkina Faso (Afrique de l'Ouest). *Tropical Medicine and International Health*, 2(7), 646-653. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.1997.d01-351.x>

Hasan, Md. M., Tasnim, F., Tariqujjaman, Md., Ahmed, S., Cleary, A., & Mamun, A. (2020). Examining the prevalence, correlates and inequalities of undiagnosed hypertension in Nepal : A population-based cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(10), e037592. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037592>

Institut National de la Statistique et de la Démographie du Burkina Faso. (2022). Résultats cinquième recensement général de la population et de l'habitation : Monographie de la région des Hauts-Bassins. Consulté 11 août 2023, à l'adresse <https://www.insd.bf/sites/default/files/2023-02/MONOGRAPHIE%20DES%20HAUTS-BASSINS%20E%20RGPH.pdf>

International Labor Organization. (2012). Demande directe (CEACR)—Adoptée 2011, publiée 101ème session CIT (2012) : Convention (n° 131) sur la fixation des salaires minima, 1970—Burkina Faso (Ratification : 1974). Consulté 6 octobre 2024, à l'adresse https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:13100:0::NO::P13100_COMMENTS_ID,P13100_COUNTRY_ID:2699853,103033

John E. Hall. (2000). Pathophysiology of obesity hypertension. *Current Hypertension Reports*, 2(2), 139-147. <https://doi.org/10.1007/S11906-000-0073-4>

Kaboré, S., Millogo, T., Soubeiga, J. K., Lanou, H., Bicaba, B., & Kouanda, S. (2020). Prevalence and risk factors for overweight and obesity : A cross-sectional countrywide study in Burkina Faso. *BMJ Open*, 10(11), e032953. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032953>

Laberge, M., Coulibaly, L. P., Berthelot, S., Borges da Silva, R., Guertin, J. R., Strumpf, E., ... Poder, T. G. (2021). Development and Validation of an Instrument to Measure Health-Related Out-of-Pocket Costs : The Cost for Patients Questionnaire. *Value in Health*, 24(8), 1172-1181. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.03.016>

Lartey, S., Si, L., Lung, T., Magnussen, C. G., Boateng, G. O., Minicuci, N., ... Palmer, A. J. (2020). Impact of overweight and obesity on life expectancy, quality-adjusted life years and lifetime costs in the adult population of Ghana. *BMJ Global Health*, 5(9), e003332. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003332>

Lwanga S. K., Lemeshow S., & Organisation Mondiale de la Santé. (1991). *Détermination de la taille d'un échantillon dans les études sanométriques : Manuel pratique*. Organisation mondiale de la Santé. Consulté à l'adresse <https://iris.who.int/handle/10665/36881>

Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2022). Annuaire Statistique de la Santé 2021. Consulté 11 août 2023, à l'adresse https://www.sante.gov.bf/fileadmin/annuaire_2021_mshp.pdf

Ng, A. C. T., Delgado, V., Borlaug, B. A., & Bax, J. J. (2021). Diabetes : The combined burden of obesity and diabetes on heart disease and the role of imaging. *Nature Reviews. Cardiology*, 18(4), 291-304. <https://doi.org/10.1038/s41569-020-00465-5>

Pandit, A. U., Tang, J. W., Bailey, S. C., Davis, T. C., Bocchini, M. V., Persell, S. D., ... Wolf, M. S. (2009). Education, literacy, and health : Mediating effects on hypertension knowledge and control. *Patient Education and Counseling*, 75(3), 381-385.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.006>

Poder, T. G., Coulibaly, L. P., Gaudreault, M., Berthelot, S., & Laberge, M. (2022). Validated Tools to Measure Costs for Patients : A Systematic Review. *The Patient*, 15(1), 3-19. <https://doi.org/10.1007/s40271-021-00527-x>

Poder, T. G., Coulibaly, L. P., Hassan, A. I., Conombo, B., & Laberge, M. (2022). Test-retest reliability of the Cost for Patients Questionnaire. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 38(1), e65. <https://doi.org/10.1017/S0266462322000460>

Rachana, P., Anuradha, H., & Shivamurthy, M. (2014). Anti Hypertensive Prescribing Patterns and Cost Analysis for Primary Hypertension : A Retrospective Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 8(9), HC19-HC22. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/9567.4890>

Sorato, M. M., Davari, M., Kebriaeezadeh, A., Sarrafzadegan, N., Shibru, T., & Fatemi, B. (2021). Reasons for poor blood pressure control in Eastern Sub-Saharan Africa : Looking into 4P's (primary care, professional, patient, and public health policy) for improving blood pressure control: a scoping review. *BMC Cardiovascular Disorders*, 21(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12872-021-01934-6>

Soubeiga, J. K., Millogo, T., Bicaba, B. W., Doulougou, B., & Kouanda, S. (2017). Prevalence and factors associated with hypertension in Burkina Faso : A countrywide cross-sectional study. *BMC Public Health*, 17(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3926-8>

© 2025 DIENDERE, 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 (2)

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

Received, 4 September 2025

Accepted, 28 November 2025

Published, 2 December 2025

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

To cite: Tapily, S. H., et al. (2025). Impact du COVID-19 sur l'utilisation des services de la téléexpertise au Mali, de 2018 à 2022. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 319- 332. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.22>

Research

Impact du COVID-19 sur l'utilisation des services de la téléexpertise au Mali, de 2018 à 2022.

Impact of COVID-19 on the use of tele-expertise services in Mali, from 2018 to 2022.

Hamidou Souleymane TAPILY ^{1,3}, Zoumana Cheick BERETE ^{1,3}, Dramane TRAORE ^{1,2}, Mahmoud CISSE ^{1,3}, Cheick Oumar BAKAYOKO ^{1,3}

1-Centre d'Expertise et de Recherche en Télémédecine et E-santé (CERTES), Bamako, Mali

2-Hopital Dermatologie de Bamako, Mali

3-Centre d'Innovation et de Santé Digitale, l'Hôpital Dermatologique de Bamako, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB), Bamako, Mali.

Correspondance : E-mail : htapily78@gmail.com ; Téléphone : (+223)78703844/62107636

Résumé

Les technologies de l'information et de la communication ont joué un rôle important dans la gestion de la pandémie du COVID-19. Cette étude vise à évaluer l'impact de la COVID-19 sur la téléexpertise, spécifiquement dans le cas du Mali, de 2018 à 2021. Il s'agit d'une étude transversale avec une collecte rétrospective et prospective allant du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2021 de la base de téléexpertise du Mali. Données ont été recueillies auprès de 576 bénéficiaires sur 1200 et 28 professionnels de la santé en milieu rural. Cinq sites d'intervention ont été choisis aléatoirement parmi deux groupes de sites. La régression logistique binaire uni- et multivariée pour déterminer les facteurs associatifs avec le seuil de signification statistique de 5%. Globalement, les demandes d'avis ont augmenté de 70 % par rapport aux années 2018 et 2019 avant la pandémie. Lésions les plus fréquentes étaient l'Eczéma 102(17,7%) et Pyodermite 93(16,1%). Les principales raisons évoquées étaient la réduction du temps et du coût des déplacements. Lésions dermatologiques les plus fréquemment observées pendant la période de COVID-19 étaient les dermatites atopiques et les pyodermes. Une augmentation générale a été constatée des demandes de téléexpertise durant la pandémie COVID-19. Les facteurs associés à la demande de téléexpertise pendant la période COVID-19 étaient : sexe féminin, profession infirmière, sites de dioila, nioro et touloupe. Des études supplémentaires dans la télémédecine sont nécessaires pour mieux comprendre l'impact de la COVID-19 sur la télédermatologie.

Mots-clés : Impact ; Utilisation ; Services ; Téléexpertise ; Mali.

Abstract

Information and communication technologies have played a key role in managing the COVID-19 pandemic. This study aims to evaluate the impact of COVID-19 on the use of tele-expertise services in Mali from 2018 to 2021. This is a cross-sectional study based on both retrospective and prospective data collected between January 1, 2018, and December 31, 2021, from Mali's national tele-expertise database. Data were gathered from 576 out of 1,200 beneficiaries and 28 healthcare professionals working in rural areas. Five intervention sites were randomly selected from two groups of locations. Univariate and multivariate binary logistic regression analyses were performed to identify associated factors, with a significance level set at 5%. Overall, requests for expert advice increased by 70% compared to the pre-pandemic years of 2018 and 2019. The most frequently observed skin conditions were eczema 102 (17.7%) and pyoderma 93 (16.1%). The primary reasons cited for using tele-expertise were reduced travel time and lower costs. Our findings indicate that the most common dermatological conditions during the COVID-19 period were atopic dermatitis and pyoderma. A general increase in tele-expertise consultations was observed during the pandemic. Factors associated with the use of tele-expertise during this period included female gender, nursing profession, and residence in the districts of Dioila, Nioro, and Touloupe. Further research in telemedicine is needed to better understand the long-term impact of COVID-19 on teledermatology.

Keywords: COVID-19 impact; tele-expertise; dermatology; healthcare access; Mali

1. INTRODUCTION

Au début de la pandémie de COVID-19, environ 200 000 professionnels de santé en Chine ont participé à la lutte contre cette maladie hautement transmissible dans la province du Hubei (Lan et al., 2020). En mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré la COVID-19 comme une pandémie mondiale, entraînant la mise en place des mesures exceptionnelles de santé publique destinées à freiner la propagation du virus, notamment la distanciation sociale, la mise en quarantaine et la suspension de toutes les consultations médicales non urgentes en présentiel (Cucinotta & Vanelli, 2020). Avec l'évolution des connaissances sur le virus, les consignes de sécurité ont été ajustées.

Ce contexte inédit a contraint les professionnels de santé, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, à repenser de manière critique les modalités de continuité des soins dans un environnement en constante évolution. La dermatologie n'a pas fait exception. Les normes de genre traditionnelles constituent par ailleurs un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé (Gupta et al., 2019).

En France, la dermatologie, qui repose essentiellement sur l'examen visuel, s'est rapidement adaptée à la télémedecine, permettant aux dermatologues de continuer à suivre leurs patients tout en respectant les mesures de l'isolement social (Ravera, 2024). Les changements imposés par ces recommandations sont appelés à perdurer ; ainsi, de nombreux acteurs de la santé ont intégré la télémedecine dans leurs pratiques pour maintenir le lien avec leurs patients (Herault et al., 2019 ; Ravera, 2024)

Par ailleurs, les technologies de l'information et de la communication (TIC) offrent un potentiel considérable pour relever les défis auxquels sont confrontés les pays développés et en

développement dans la prestation des soins de santé. Leur utilisation en télémédecine permet de surmonter les obstacles géographiques et d'élargir l'accès à des services de santé de qualité, notamment pour les communautés rurales et mal desservies, qui souffrent traditionnellement d'un accès limité aux soins (Glines et al., 2020). L'évolution technologique de ces dernières années a indéniablement transformé la pratique médicale (Glines et al., 2020; Moitry et al., 2018). La télémédecine présente de nombreux avantages, tels que la réduction des consultations inutiles, la rapidité des soins et l'élargissement de l'accès aux populations marginalisées (Grossman et al., 2011).

Au Mali, malgré une transition vers la santé numérique, peu d'études ont exploré l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'utilisation des services de téléexpertise. Cela nous a conduit à examiner l'impact potentiel de la pandémie sur le système de santé national, en particulier dans le domaine de la e-santé. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de la COVID-19 sur les services de télédermatologie auprès de la population malienne et des professionnels de santé en milieu rural, avant et pendant la pandémie. Plus spécifiquement, il s'agit de :

- Mesurer l'évolution temporelle de la demande de téléexpertise dermatologie avant et pendant la pandémie ;
- Identifier les facteurs sociodémographiques, professionnels et contextuels associés à l'utilisation de ces services par les professionnels de santé durant cette période.

2. Matériaux et Méthodes

2.1 Cadre de l'étude :

L'étude a été menée au Centre d'Innovation et de Santé Digitale (Digi-Santé Mali) et à l'Hôpital Dermatologique de Bamako (HDB). Le Centre d'Innovation et de Santé Digitale, rattaché à l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB), est un pôle de référence en e-santé en Afrique de l'Ouest. Il a pour mission de développer et partager des connaissances scientifiques en informatique médicale, tout en soutenant la mise en œuvre de solutions numériques innovantes dans le domaine de la santé publique (*DigiS@nte Mali* -, 2025). L'Hôpital Dermatologique de Bamako, quant à lui, est un établissement de santé spécialisé dans la prise en charge des pathologies dermatologiques. C'est le centre de référence national pour les maladies de la peau (« Un service unique de télédermatologie au Mali », s. d.). Ces deux structures assurent la coordination du projet Téléderma-Mali, en collaboration avec le Centre d'Expertise et de Recherche en Télémédecine et E-Santé (CERTES) (« Un service unique de télédermatologie au Mali », s. d.). Ce dernier joue un rôle d'appui technique et stratégique. CERTES est engagé dans la promotion de l'équité en santé à travers le numérique, en développant des solutions accessibles et durables adaptées aux réalités du terrain.

2.2 Type et période de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale, avec une collecte de données rétrospective et prospective, couvrant la période du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2021. Cette période permet de comparer les données avant et pendant la pandémie de COVID-19, à partir de la base de données de la plateforme de téléexpertise du Mali.

2.3 Matériel d'étude

Les données utilisées proviennent de la base de téléexpertise en dermatologie du Mali.

2.4 Échantillonnage

2.4.1 Type d'échantillonnage

L'échantillonnage a été réalisé de manière raisonnée, en sélectionnant les demandes d'avis postées sur la plateforme « Bogou » entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2021. Les sites d'étude (banamba, boujheha, dioïla, gao, kidal, koro, ménaka, nioro, taoudéni, touloupé) ont été classés en deux groupes : les « gros sites » (plus de 60 cas par an) et les « petits sites » (moins ou égal à 40 cas par an).

Les critères d'inclusion : Ont été incluses toutes les demandes d'avis dermatologiques postées sur la plateforme « Bogou » pendant la période d'étude, comportant une image et une histoire clinique.

Les critères d'exclusion : Ont été exclues : les demandes non dermatologiques, celles provenant de sites ou de périodes hors champ de l'étude, les doublons, les demandes sans réponse, et celles comportant des images non exploitables.

2.4.2 Taille de l'échantillon

L'échantillon final comprend 576 patients (290 femmes, 286 hommes) sur 1 200 répondants aux critères d'inclusion, ainsi que 28 professionnels de santé répartis sur les sites sélectionnés aléatoirement à partir de la base de données de télédermatologie du Mali.

2.5 Collecte et analyse des données

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire numérique conçu sur la plateforme KoboToolbox et paramétré sur tablette. Les données des patients ont été extraites de la plateforme TELEDERMALI. Concernant les professionnels de santé, un questionnaire a été élaboré sur Google Forms et diffusé auprès des participants.

Variables clés : Les variables étudiées incluent : âge, sexe, site, motif de la demande, hypothèses diagnostiques, année, diagnostic retenu, raisons d'utilisation du service de télédermatologie, type de patient, et obstacles liés à l'utilisation de la plateforme.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide des logiciels Microsoft Excel 2016 et SPSS 29. Les tests du χ^2 de Pearson ainsi que des régressions logistiques binaires uni- et multivariées ont été utilisés pour évaluer les associations entre la demande de téléexpertise pendant la période COVID-19 et les variables explicatives. Le seuil de significativité a été fixé à $p \leq 0,05$ avec des intervalles de confiance à 95 %.

2.6 Considérations éthiques

La confidentialité et la protection des données personnelles des participants ont été rigoureusement respectées. Toutes les informations recueillies ont été anonymisées. Les données collectées dans le cadre de cette étude ont été hébergées sur un serveur sécurisé du **de l'Université de Genève**, doté d'un système de protection par authentification et contrôle d'accès restreint aux seuls membres autorisés de l'équipe de recherche.

Les bases de données ont été sauvegardées sur un support chiffré, conformément aux normes internationales de protection des données de santé. La **durée de conservation** a été fixée selon la législation l'après à la publication des résultats, à l'issue de laquelle les fichiers seront détruits de manière définitive et sécurisée. Le lien de la plateforme : <https://raft.unige.ch/bogou/html5/v2/index0.html?lang=en>

Résultats

Analyse des données de demandes de téléexpertise et les professionnels de santé :

Les motifs les plus fréquemment observés avant et pendant la pandémie étaient les lésions érythémateuses (%) et vésiculeuses (%). Toutefois, on note que la proportion de ces lésions était plus élevée pendant la pandémie qu'avant (voir Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition selon les motifs des demandes en fonction de la période.

Motifs des demandes	Période			
	Avant COVID-19		Pendant COVID-19	
	n	%	n	%
Tuméfaction	16	8%	35	10%
Prurit	22	10%	35	10%
Plaques noirâtres	1	0%	2	1%
Plaques Erythémateuses	5	2%	5	1%
Plaques bourgeonneuses	0	0%	1	0%
Plaques blanchâtres	6	3%	14	4%
Plaie nécrosante	5	2%	10	3%
Vésicule	29	14%	59	16%
Ulcère	6	3%	7	2%
Squame	16	8%	13	4%
Pustule	16	8%	8	2%
Pigment	4	2%	19	5%
Papule	9	4%	17	5%
Nodule	3	1%	10	3%
Macule	2	1%	9	2%
Fissure	9	4%	21	6%
Érythème	40	19%	63	17%
Croûte	0	0%	1	0%
Bulle	8	4%	5	1%
Alopécie	4	2%	13	4%
Dépigmentation	1	0%	2	1%
Cuir chevelu	3	1%	8	2%

Brûlure	7	3%	4	1%
Autres	1	0%	2	1%
Total	213	100%	363	100%

Il ressort de cette étude que l'eczéma et la pyodermite étaient les diagnostics les plus fréquemment posés, toutes périodes confondues. La période de pandémie présentait des tendances plus élevées comparées aux années précédentes. Aucun lien statistiquement significatif n'a été observé entre la période et le diagnostic des experts au seuil de 5 %. En revanche, au seuil de 10 %, le prurigo et la pyodermite présentent une association statistiquement significative avec la période (voir Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition selon le diagnostic des experts en fonction de la période.

Diagnostic	Période				
	Avant COVID-19		Pendant COVID-19		P-value
	n	%	n	%	
Acné	6	3%	13	4%	0,245
Acrodermatite	0	0%	4	1%	0,124
Angiome	0	0%	2	1%	0,278
Brûlure	4	2%	0	0%	0,957
Cellulite nécrosante	0	0%	2	1%	0,241
Chéloïde	4	2%	6	2%	0,687
Condylome	3	1%	1	0%	0,278
Dermatophytose	8	4%	16	4%	0,842
Dyshidrose	2	1%	6	2%	0,114
Eczéma	43	20%	59	16%	0,705
Erysipèle	3	1%	3	1%	0,480
Fasciite nécrosante	4	2%	2	1%	0,232
Gale	2	1%	3	1%	0,507
Impétigo	1	0%	1	0%	0,130
Intertrigo	1	0%	4	1%	0,888
Kératodermie	8	4%	25	7%	0,702
Lèpre	1	0%	1	0%	0,430
Lichen plan	7	3%	8	2%	0,119
Lupus	1	0%	2	1%	0,702

Mycose	7	3%	6	2%	0,431
Onychomycose	2	1%	8	2%	0,896
Pemphigus	0	0%	6	2%	0,203
Pityriasis versicolore	4	2%	9	2%	0,262
Prurigo	0	0%	5	1%	0,059
Psoriasis	6	3%	7	2%	0,639
Pyodermite	37	17%	56	15%	0,085
Syphilis	0	0%	1	0%	0,488
Tænia corporis	0	0%	3	1%	0,540
Teigne	14	7%	19	5%	0,443
Toxidermie	2	1%	1	0%	0,183
Tumeur	3	1%	5	1%	0,505
Urticaire	1	0%	2	1%	0,286
Varicelle	3	1%	3	1%	0,975
Verrue	3	1%	1	0%	0,896
Vitiligo	7	3%	13	4%	0,507
Xérose cutanée	0	0%	4	1%	0,114
Zona	5	2%	11	3%	0,852
Aucun	21	10%	45	12%	0,124
Total	213	100%	363	100%	0,245

Le sexe féminin était celui qui sollicitait le plus la téléexpertise en 2019 et 2021 (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition selon le sexe des patients en fonction de l'année.

Sexe	Années				Total
	2018	2019	2020	2021	
F	12(4,1)	97(33,4)	103(35,5)	78(26,9)	290(100)
M	12(4,2)	92(32,2)	127(44,4)	55(19,2)	286(100)
Total	24(4,2)	189(32,8)	230(39,9)	133(23,1)	576(100)

Le sexe féminin était celui qui sollicitait le plus la téléexpertise en 2019 et 2021 (Tableau 2).

La figure 1 montre qu'un peu plus d'un tiers des demandes (37 %) ont été formulées avant la période de la COVID-19, tandis que plus de la moitié (63 %) l'ont été pendant la pandémie, soit une augmentation de 70 % durant cette période.

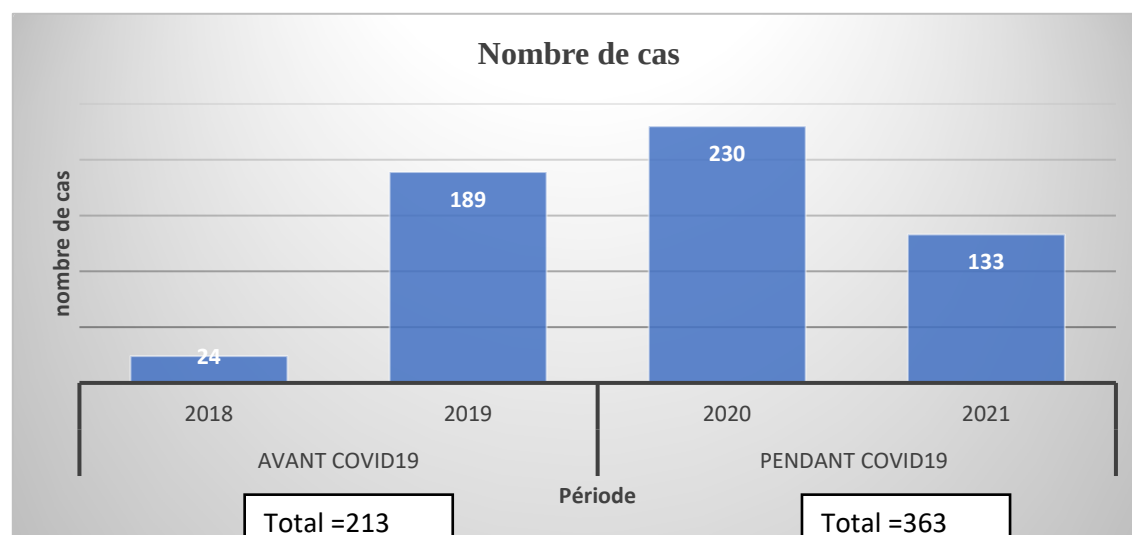


Figure 1: Répartition de nombres de cas en fonction de la période et part l'année.

▪ **Enquête auprès des professionnels de santé :**

Les professionnels de santé ont rapporté une augmentation de l'utilisation des services de télédermatologie pendant la pandémie. L'analyse statistique a montré une relation significative entre l'augmentation des cas et la période de la pandémie (Tableau 4). De plus, il y avait une relation statistiquement significative entre le nombre d'avis de téléexpertise émis par les professionnels de la santé et la période considérée.

Tableau 4 : Répartition des professionnels de santé ayant sollicité les experts en fonction des périodes

Profession de l'agent ayant fait la demande d'avis :	Période		
	Avant COVID-19	Période COVID-19	Total
Infirmier ou Infirmière	86(27,90)	222(72,10)	308(100)
Médecin	127(47,40)	141(52,60)	268(100)
Total	213(37)	363(63)	576(100)

Khi-carré de Pearson=23,30

p-value=10⁻³

Avant la pandémie de COVID-19, la raison la plus fréquemment citée par les répondants était l'utilisation pour réduire le temps et les coûts de déplacement, avec un pourcentage élevé de

70,4 %, suivie par la connaissance limitée et le manque de professionnels qualifiés, chacun mentionné par 40,7 % des répondants (Figure 2).

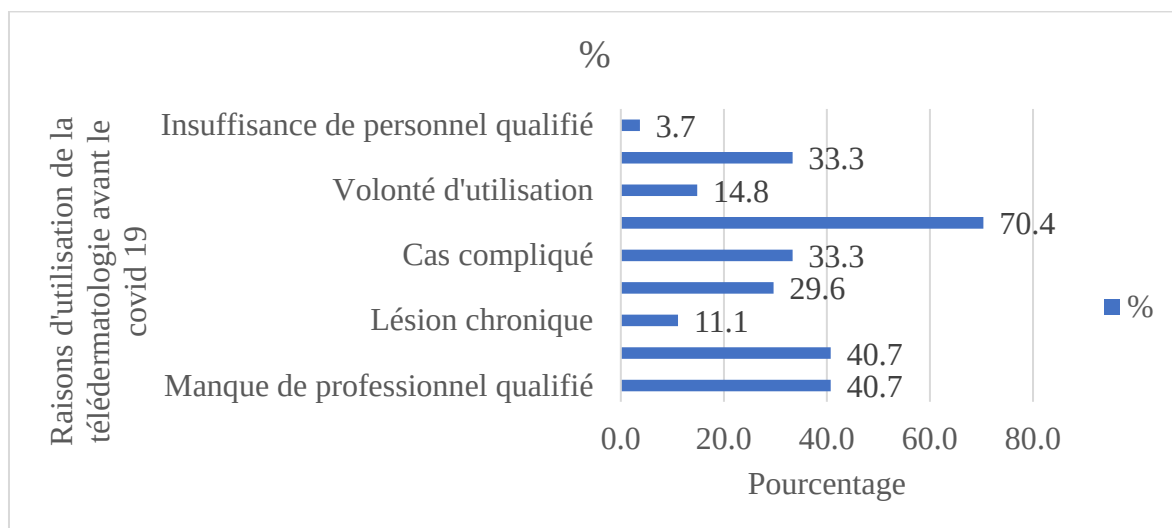


Figure 2 : Répartition selon les raisons d'utilisation de la téléexpertise avant la COVID-19.

Pendant la pandémie de COVID-19, la raison la plus fréquemment citée par les répondants était également la réduction des déplacements, avec un pourcentage élevé de 66,7 %, suivie par la distanciation sociale (40,7 %) et la qualité perçue de la télédermatologie (33,3 %) (Figure 3).

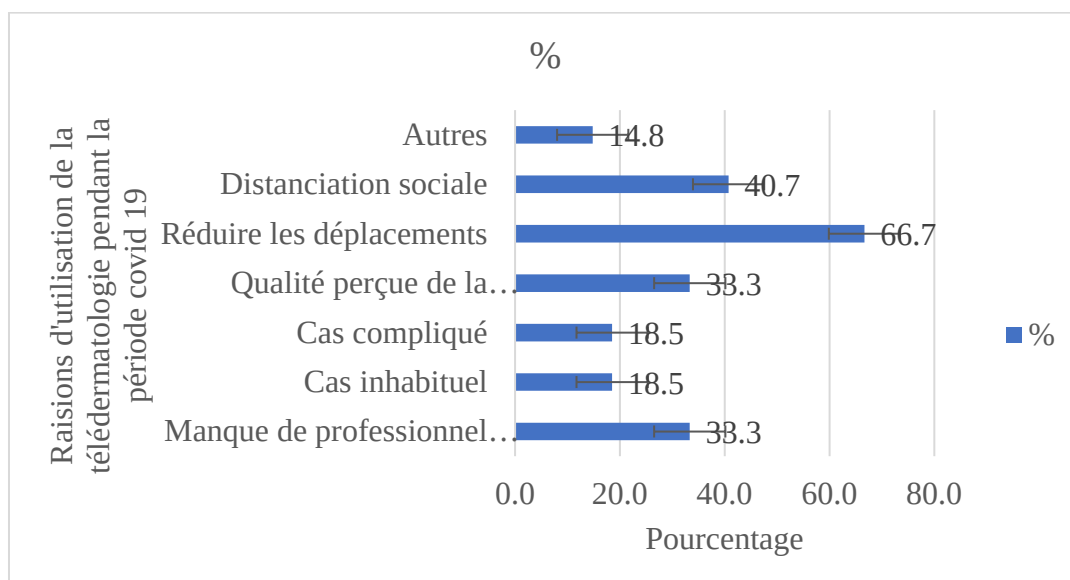


Figure 3: Répartition selon les raisons de demandes d'avis de téléexpertise pendant la COVID-19.

Analyse uni- et multivariée

En analyse multivariée, après ajustement sur les autres variables, le sexe féminin, la profession infirmière ainsi que les sites de dioila, nioro et touloupe étaient statistiquement associés à la demande de téléexpertise pendant la période de la COVID-19 (Tableau 5).

Tableau 5: Facteurs associés à la demande de téléexpertise pendant le COVID-19

Caractéristiques	Période	Analyse univariée OR IC[95 %]	P val ue	Analyse multivariée OR IC[95 %]	P value
Sexe					
M	286(49,7%)	1			
F	290(49,7%)	1,75[1,37-2,22]	0,001	1,43[1,04-1,96]	0,026
Âge					
<=30	339(58,9%)	1			
>30	237(41,1%)	1,87[1,50-2,34]	0,001	1,24[0,86-1,77]	0,246
Profession					
Infirmiers	308(53,5%)	2,58[2,01-3,31]	0,001	2,03[1,55-3,56]	0,014
Médecin	268(46,5%)	1			
Sites					
Banamba	59(10,2%)	1			
Boujheha	51(8,9%)	1,46[1,37-2,22]	0,155	0,70[0,32-1,55]	0,387
Dioila	93(16,1%)	1,31[1,37-2,22]	0,329	0,60[0,38-0,95]	0,030
Gao	45(7,8%)	0,63[1,37-2,22]	0,031	1,09[0,60-1,99]	0,781
Kidal	36(,7%)	1,14[1,37-2,22]	0,655	1,05[0,52-2,11]	0,891
Koro	136(23,6%)	1,12[1,37-2,22]	0,739	1,24[0,66-2,34]	0,491
Menaka	13(2,3%)	2,23[1,37-2,22]	0,001	0,33[0,09-1,12]	0,075
Nioro	52(9,0%)	0,44[1,37-2,22]	0,177	4,05[2,00-8,20]	0,001
Taoudeni	15(2,6%)	4,20[1,37-2,22]	0,0001	2,36[0,61-9,14]	0,213
Touloupe	76(13,2%)	4,00[1,37-2,22]	0,032	4,54[1,81-11,40]	0,001

OR= Ordre Ratio

IC= Intervalle de confiance

P = P value <= 0,05

Discussion

Notre étude s'est déroulée du 1er mai au 31 juillet 2023. Il s'agissait d'une étude transversale, avec une collecte rétrospective et prospective des données issues de la base de télédermatologie, couvrant la période du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2021, soit quatre années. L'enquête auprès des professionnels de santé a été réalisée en juillet 2023.

Cette étude a permis de mettre en évidence une augmentation du nombre de demandes de téléexpertise pendant la période de la COVID-19. Cette hausse pourrait s'expliquer par les mesures barrières, le lien entre le profil des professionnels de santé ayant sollicité l'avis des experts, et les raisons d'utilisation du service selon les périodes.

Données de la base de télédermatologie

Caractéristiques cliniques des cas d'avis :

Les principaux motifs de téléexpertise, toutes périodes confondues, étaient les lésions érythémateuses et vésiculeuses. Toutefois, une variation des tendances a été observée pendant la pandémie, avec une fréquence plus élevée de ces lésions comparativement à la période pré-COVID-19. Ce résultat illustre l'adhésion croissante des professionnels de santé à la téléexpertise pour répondre aux défis de la couverture universelle en matière d'accès aux soins. Les diagnostics les plus fréquemment posés étaient l'eczéma (17,7 %) et la pyodermite (16,1 %). Ces résultats diffèrent de ceux rapportés par Zarca et al., qui avaient trouvé l'acné (22 %) et l'eczéma (18 %) comme diagnostics les plus fréquents (Faye et al., 2018 ; Zarca et al., 2018). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les cas de téléconsultation concernaient des zones corporelles moins sensibles, peut-être en raison de leur moindre visibilité ou de leur caractère non intime.

Utilisation des services de télédermatologie

Au total, 213 demandes de téléexpertise (soit 37 %) ont été formulées avant la pandémie, contre 363 (soit 63 %) pendant la période COVID-19, représentant une augmentation de 70 % des demandes. Cette hausse pourrait être liée aux mesures barrières, à la peur de contracter la maladie, ou encore à l'adéquation de la télémedecine au contexte pandémique.

Plusieurs études confirment cette tendance. Mahmood et ses collaborateurs en (2022), la crise sanitaire a contribué à renforcer l'intégration de la télédermatologie dans la pratique clinique au Canada, avec une adoption plus large des consultations virtuelles (Mahmood et al., 2022). Des travaux menés aux États-Unis par Litchman et ses collaborateurs (Litchman et al., 2021) et par Su et Das (2020) ont également confirmé une augmentation rapide de la demande en télédermatologie pendant la pandémie, en particulier dans les grands centres hospitaliers 2020 (Su & Das, 2020).

Enquête auprès des professionnels de la santé

L'étude a inclus 28 prestataires de santé issus de dix sites sélectionnés aléatoirement. Les résultats montrent que, selon les tendances, les raisons d'utilisation de la téléexpertise avant la COVID-19 étaient principalement la réduction du temps et des coûts de déplacement (70 %), suivie de la connaissance limitée et du manque de personnel qualifié (40,7 % chacun). Plusieurs études confirment la rentabilité médico-économique de la télédermatologie (Bagayoko et al., 2014; Faye et al., 2018; McGoey et al., 2015).

Facteurs liés à la demande de téléexpertise pendant la période COVID-19

Après ajustement sur les autres variables, les facteurs suivants étaient statistiquement associés à une demande accrue de téléexpertise pendant la pandémie :

- **Sexe féminin** : OR = 1,43 ; IC à 95 % [1,04–1,96] ; p = 0,026
- **Profession infirmière** : OR = 2,03 ; IC à 95 % [1,55–3,56] ; p = 0,014
- **Sites géographiques** :

- Dioila : OR = 0,60 ; IC à 95 % [0,38–0,95] ; p = 0,030
- Nioro : OR = 4,05 ; IC à 95 % [2,00–8,20] ; p = 0,000
- Touloupe : OR = 4,54 ; IC à 95 % [1,81–11,40] ; p = 0,026

Ces résultats pourraient s'expliquer par une utilisation fréquente de dermocorticoïdes chez les femmes, le niveau de formation des infirmiers en dermatologie, ou leur intérêt pour la télémedecine. Quant aux sites géographiques, ils sont caractérisés par la présence de zones marécageuses favorables à certaines pathologies dermatologiques.

Limites de l'étude

Bien que cette étude ait permis de dégager des tendances intéressantes sur l'utilisation de la télédermatologie, certaines limites doivent être soulignées :

- L'évolution de la pénétration d'Internet au fil des années n'a pas été prise en compte, ce qui pourrait influencer l'accessibilité et l'usage des services de téléexpertise, notamment dans les zones rurales ou mal desservies au cours de la période observée.
- La satisfaction des patients vis-à-vis de la télédermatologie n'a pas été évaluée, ce qui limite la compréhension de l'acceptabilité et de l'impact perçu de ce service du point de vue des bénéficiaires.
- Les indicateurs d'évaluation spécifiques à la télédermatologie, tels que la qualité des diagnostics, le délai de réponse ou l'efficacité clinique, n'ont pas été intégrés dans l'analyse, ce qui restreint l'appréciation globale de la performance du dispositif.
- Les données utilisées proviennent exclusivement de la plateforme de téléexpertise dermatologique.
- La mesure de l'impact du COVID-19 repose sur une analyse rétrospective, sans groupe de comparaison externe.
- Biais de désirabilité sociale peut avoir affecté certaines réponses recueillies lors des entretiens ou questionnaires.
-

Conclusion

La télédermatologie constitue une approche efficace et acceptable pour améliorer l'accès aux soins dermatologiques, tout en réduisant le temps et les coûts liés aux déplacements, en particulier dans les zones à ressources limitées. Notre étude a mis en évidence une augmentation significative des demandes de téléexpertise pendant la période de la COVID-19, soulignant l'adaptabilité de ce service face aux contraintes sanitaires.

Cependant, pour mieux comprendre et optimiser l'usage de la télédermatologie, des recherches complémentaires sont nécessaires. Celles-ci pourraient notamment porter sur :

- L'évaluation de la satisfaction des patients et des professionnels de santé, afin de mieux cerner les freins et les leviers d'adhésion à ce mode de consultation.
- L'analyse de la qualité des soins et des diagnostics fournis à distance, comparée aux consultations en présentiel.

Remerciements

Nos remerciements vont à l'endroit de :

Toute l'équipe du Centre d'Innovation en Santé Digitale et du Centre d'Expertise et de Recherche en Télémédecine et E-santé (CERTES) pour leur collaboration dans la réalisation de ce travail scientifique. L'Hôpital de Dermatologie de Bamako pour avoir mis à disposition les données de la base de télédermatologie. Les professionnels du projet TELEDERMALI pour leur précieuse collaboration.

Conflits d'intérêts :

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêts lié à ce travail.

Références :

- Bagayoko, C. O., Traoré, D., Thevoz, L., Diabaté, S., Pecoul, D., Niang, M., Bediang, G., Traoré, S. T., Anne, A., & Geissbuhler, A. (2014). Medical and economic benefits of telehealth in low- and middle-income countries : Results of a study in four district hospitals in Mali. *BMC Health Services Research*, 14(1), S9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-S1-S9>
- Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Bio Medica : Atenei Parmensis*, 91(1), 157-160. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>
- DigiS@nte Mali -. (2025, juillet 23). DigiS@ante Mali. <https://www.digisantemali.info/>
- Faye, O., Bagayoko, C. O., Dicko, A., Cissé, L., Berthé, S., Traoré, B., Fofana, Y., Niang, M., Traoré, S. T., Karabinta, Y., Gassama, M., Guindo, B., Keita, A., Tall, K., Keita, S., Geissbuhler, A., Mahé, A., & Teledermali Team. (2018). A Teledermatology Pilot Programme for the Management of Skin Diseases in Primary Health Care Centres : Experiences from a Resource-Limited Country (Mali, West Africa). *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 3(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed3030088>
- Glines, K. R., Haidari, W., Ramani, L., Akkurt, Z. M., & Feldman, S. R. (2020). Digital future of dermatology. *Dermatology Online Journal*, 26(10), 13030/qt75p7q57j.
- Grossman, D., Grindlay, K., Buchacker, T., Lane, K., & Blanchard, K. (2011). Effectiveness and Acceptability of Medical Abortion Provided Through Telemedicine. *Obstetrics & Gynecology*, 118(2), 296-303. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e318224d110>
- Gupta, G. R., Oomman, N., Grown, C., Conn, K., Hawkes, S., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Buse, K., Mehra, R., Bah, C. A., Heise, L., Greene, M. E., Weber, A. M., Heymann, J., Hay, K., Raj, A., Henry, S., Klugman, J., & Darmstadt, G. L. (2019). Gender equality and gender norms : Framing the opportunities for health. *The Lancet*, 393(10190), 2550-2562. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30651-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30651-8)
- Herault, T., Donio, V., Courouve, L., & Caillard, J.-B. (2019). Expérimentation de la télé-expertise en cardiologie en Pays de la Loire. *Santé Publique*, 31(6), 789-796. <https://doi.org/10.3917/spub.196.0789>
- Lan, J., Song, Z., Miao, X., Li, H., Li, Y., Dong, L., Yang, J., An, X., Zhang, Y., Yang, L., Zhou, N., Yang, L., Li, J., Cao, J., Wang, J., & Tao, J. (2020). Skin damage among health care workers managing coronavirus disease-2019. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 82(5), 1215-1216. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.03.014>
- Litchman, G., Marson, J., & Rigel, D. (2021). The continuing impact of COVID-19 on dermatology practice : Office workflow, economics, and future implications. *Journal of*

- the American Academy of Dermatology*, 84(2).
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.08.131>
- Mahmood, F., Cyr, J., Keely, E., Afkham, A., Guglani, S., Walker, J., DesGroseilliers, J.-P., & Kirshen, C. (2022). Teledermatology Utilization and Integration in Residency Training Over the COVID-19 Pandemic. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 26(2), 135. <https://doi.org/10.1177/12034754211045393>
- McGoey, S. T., Oakley, A., & Rademaker, M. (2015). Waikato Teledermatology : A pilot project for improving access in New Zealand. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21(7), 414-419. <https://doi.org/10.1177/1357633X15583216>
- Moitry, M., Zarca, K., Granier, M., Aubelle, M.-S., Charrier, N., Vacherot, B., Caputo, G., Mimouni, M., Jarreau, P.-H., & Durand-Zaleski, I. (2018). Effectiveness and efficiency of tele-expertise for improving access to retinopathy screening among 351 neonates in a secondary care center : An observational, controlled before-after study. *PLoS ONE*, 13(10), e0206375. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206375>
- Ravera, P. (2024). *Retour d'expériences de l'utilisation de la téléexpertise dermatologique en Franche-Comté par les dermatologues experts : Une étude qualitative*. 163. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04606290>
- Su, M. Y., & Das, S. (2020). Expansion of asynchronous teledermatology during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 83(6), e471-e472. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.08.054>
- Un service unique de télédermatologie au Mali. (s. d.). *Fondation Pierre Fabre*. Consulté 31 juillet 2025, à l'adresse <https://www.fondationpierrefabre.org/fr/programmes-en-cours/dermatologie-en-milieu-tropical/mise-en-place-dun-service-de-teledermatologie/>
- Zarca, K., Charrier, N., Mahé, E., Guibal, F., Carton, B., Moreau, F., & Durand-Zaleski, I. (2018). Tele-expertise for diagnosis of skin lesions is cost-effective in a prison setting : A retrospective cohort study of 450 patients. *PLOS ONE*, 13(9), e0204545. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204545>

© 2025 TAPILY, 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 (2)

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

Received, 2 July 2025

Accepted, 02 December 2025

Published, 9 December 2025

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

To cite: Tindano, P., et al. (2025). Qualité relationnelle soignant-soigné au Centre hospitalier de Fada N’Gourma au Burkina Faso. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 333-340. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.23>

Research

Qualité relationnelle soignant-soigné au Centre hospitalier de Fada N’Gourma au Burkina Faso

Quality of the caregiver-patient relationship at the Fada N’Gourma Hospital Center in Burkina Faso

Pascal TINDANO^{1,*}, Félicité W. NANA², So Abdoulaye², Ghislain G. PODA³, Maxime. K. Drabo²

¹Direction de la qualité des soins et la sécurité des patients, ministère de la Santé, 03 BP 7009 Ouagadougou, Burkina Faso

²Institut de Recherche en Science de la Santé, CNRST, 03 BP 7047 Ouagadougou, Burkina Faso

³Organisation mondiale de la santé, Bangui, République Centrafricaine

* **Correspondance** : E-mail : tinda_joa@yahoo.fr ; Tel : +226 70224262

Résumé

Dans un contexte de gratuité de soins au profit des enfants de moins de cinq ans, l’augmentation de l’utilisation des services de pédiatrie engendre les défis pour la qualité relationnelle soignant-soigné. Notre étude vise à décrire les perceptions des parents d’enfants de 0 à 5 ans qui ont été hospitalisés dans le service de pédiatrie du Centre hospitalier régional de Fada N’Gourma sur leurs interactions avec le personnel de santé. Cette étude a été réalisée au moyen d’un devis qualitatif de type phénoménologique descriptif. Nous avons procédé à un échantillonnage par choix raisonné de treize (13) parents d’enfants dont huit (08) de sexe féminin et cinq (05) de sexe masculin. Le plus jeune participant avait 21 ans contre 70 ans pour le plus âgé. Les techniques utilisées sont l’entretien semi-structuré, l’observation non participante et la revue documentaire en utilisant les outils correspondants. Les résultats montrent que les interactions des parents d’enfants avec le personnel soignant est perçu positivement pour ce qui concerne principalement les réponses aux sollicitations et la continuité des soins. Les sources d’insatisfaction concernent surtout la non-implication des parents dans les choix thérapeutiques et les pratiques de corruption. Cette étude a permis de tirer des leçons sur les relations soignant-soigné à travers les parents d’enfants hospitalisés. Les bonnes pratiques pourront être capitalisées et les insuffisances améliorées en vue de renforcer la qualité des soins.

Mots clés : perceptions parentales, relation soignant-soigné, gratuité des soins, pédiatrie, Burkina Faso

Abstract

In a context where healthcare is free for children under five, the increased use of pediatric services presents challenges for the quality of the caregiver-patient relationship. Our study aims

to describe the perceptions of parents of children aged 0 to 5 years who were hospitalized in the pediatrics department of the Fada N’Gourma Regional Hospital Center regarding their interactions with the health staff. This study was conducted using a qualitative, descriptive phenomenological design. We employed a purposive sampling method to select thirteen (13) parents of children, including eight (08) female and five (05) male participants. The youngest participant was 21 years old, while the oldest was 70. The techniques used were semi-structured interviews, non-participant observation, and document review, utilizing corresponding tools. The results show that the interactions between the parents and the caregiving staff are perceived positively regarding responsiveness to requests and continuity of care. Sources of dissatisfaction include the non-involvement of parents in therapeutic choices and the presence of corrupt practices. This study made it possible to draw lessons on caregiver-patient communication as experienced through the parents of hospitalized children. Best practices can be capitalized upon, and shortcomings can be improved to enhance the quality of care.

Keywords: parental perceptions, caregiver-patient relationship, free healthcare, pediatrics, Burkina Faso.

1. Introduction

La qualité des soins autrefois basée sur l’expertise technique repose de plus en plus sur la relation avec le patient. Un bon soin sans un apport relationnel n’aboutira pas aux résultats escomptés (Groud et al 2022). La qualité relationnelle client-thérapeute se développe à travers des attitudes facilitatrices (Thievenaz & Tourette-Turgis, 2017). A cet effet, les soignants doivent développer le sens d’écoute active et des compétences spécifiques en relation d’aide pour répondre au mieux aux besoins des patients (Bonso, 2023).

Le Burkina Faso a décrété en 2016 la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans (Ministère de la santé, 2017). Cette stratégie a concouru à l’amélioration de l’accès des populations aux soins de santé. En effet, plus de dix millions (10 000 000) de prestations gratuites ont été offertes aux enfants de moins de 5 ans, et le contact par enfant du pays qui était inférieur à 2 avant la gratuité des soins est monté à 2,7 en 2016 et à 3,1 en 2017 (Yameogo P, 2018). Cet accroissement de la fréquentation, augmente les besoins d’interactions et demande une organisation conséquente, Pour y arriver, le pays a adopté l’approche des soins intégrés centrés sur les personnes comme modèle de prestations de soins de santé (Ministère de la Santé, 2018). Cette approche doit concourir à améliorer les interactions des usagers avec le personnel soignant dans le système de santé et obtenir la collaboration du patient à travers l’empathie, l’information, l’éducation et un inventaire régulier de ses sources de satisfaction et de récrimination. Elle permet par ailleurs d’orienter les responsables des services de santé sur les améliorations à opérer pour répondre aux attentes du patient (Drabo et al., 2015). Deux ans après la mise en œuvre de la gratuité et une année après celle de la stratégie nationale pour améliorer la qualité des soins, les plaintes demeurent toujours récurrentes engendrant souvent des conflits entre les soignants et les soignés. Pour améliorer ce climat délétère préjudiciable pour la qualité des soins, il est nécessaire de comprendre la nature des interactions pour identifier les sources de frustrations. Une description des interactions du point de vue de l’usager permettra de mieux comprendre son ressenti et ses besoins afin de proposer des actions de rajustement du système d’offre de soins.

En milieu pédiatrique, l’enfant n’étant pas suffisamment autonome, les parents d’enfants jouent un rôle très important pour la prise en charge globale de l’enfant hospitalisé. Sa présence permet une meilleure estimation des besoins de l’enfant, éloigne de lui la peur et lui assure un sentiment de sécurité (Torbey & Garcia, 2013). Dans le cadre de la gratuité des soins au Burkina Faso, le rôle de parent d’enfant est d’autant plus important que les démarches administratives pour bénéficier des soins sont plus nombreuses. Dans ce contexte, nous envisageons par notre étude

de décrire les perceptions des parents d'enfants de 0 à 5 ans qui ont été hospitalisés dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Fada N' Gourma sur leurs interactions avec le personnel de santé. Cette description nous permettra d'identifier des axes d'analyse et d'amélioration de la qualité relationnelle soignant-soigné pour renforcer la satisfaction des usagers des services de santé.

2. Matériels et Méthodes

2.1 Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude qualitative de type phénoménologique descriptif du 12 octobre au 03 novembre 2018. En effet, la recherche phénoménologique permet de saisir le sens attribué à une expérience, à partir de la conscience qu'en a le sujet qui la vit (Ribau et al., 2005)

2.2 Population d'étude

Elle était constituée des parents d'enfants de 0 à 5 ans qui ont été hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHR de Fada N'Gourma et pris en charge dans le cadre de la gratuité des soins. **Echantillonnage.** Il s'est agi d'un échantillonnage par choix raisonné. Nous avons tenu compte des caractéristiques en rapport avec le sexe, la provenance, le niveau d'instruction, l'âge et l'unité d'hospitalisation. Nous avons utilisé une fiche sociodémographique pour recruter les participants à travers une sélection directe après la visite médicale.

Critères d'inclusion

- Être parent d'un enfant de 0 à 5 ans ayant séjourné pendant au moins une journée dans l'une des unités d'hospitalisation de la pédiatrie du CHR de Fada N'Gourma ;
- Être le parent qui a passé le plus de temps aux côtés de l'enfant pendant son séjour hospitalier au CHR de Fada N'Gourma ;
- S'exprimer en gourmantchéma.

Critère d'exclusion

Ont été exclues les parents ayant refusé leur consentement à l'étude

Échantillon

Notre échantillon retenu après saturation était constitué de treize (13) parents dont huit (08) de sexe féminin et cinq (05) de sexe masculin. Le plus jeune participant avait 21 ans contre 70 ans pour le plus âgé.

2.3 Techniques et outils de collecte des données

Nous avons utilisé les techniques d'entretien individuel, d'observation et de revue documentaire à l'aide respectivement d'un guide d'entretien semi directif, une grille d'observation et une grille de dépouillement documentaire pour la collecte des données. Trois entretiens ont été réalisés hors de l'hôpital sur demande des participants et les dix autres au sein de l'hôpital. La durée moyenne des entretiens était de 50 minutes. L'observation des pratiques et interactions s'est faite de manière discrète sans prise de notes immédiate. La revue des documents a porté sur les supports de programmation et de soins ainsi que les fiches de référence et contre référence.

2.4 Dimensions étudiées

Le cadre conceptuel de notre étude, s'est inspiré du cadre du "National Health Service" (NHS) sur l'expérience patient dont la description de ces dimensions a été celle proposée par le Bureau

d'expertise en expérience patient du CHU du Québec (CHU de Québec, 2016) répondant à notre contexte.

Le thème d'intérêt a été les interactions des parents d'enfants hospitalisés avec le personnel de santé à travers i) la célérité des réponses aux préoccupations des accompagnants, ii) le climat de collaboration entre accompagnants et prestataires de soins et iii) la continuité et transition des soins.

La célérité des réponses aux préoccupations des accompagnants fait référence au temps mis par les prestataires de soins pour répondre aux préoccupations biomédicales et psychosociales des accompagnants.

Le climat de collaboration fait référence à atmosphère morale issue des interactions entre accompagnants et prestataires de soins

La continuité des soins fait référence respectivement à la permanence de l'offre de service, au relais des équipes de soins et l'assiduité des traitements.

2.5 Analyse des données

Notre analyse s'est faite selon des cinq (05) étapes d'analyse de la méthode phénoménologique de Giorgi (Giorgi, 1997). Dans un premier temps, les entretiens ont été transcrits intégralement dans l'exactitude des propos tenus, et du style oral. Puis, nous avons identifié les unités de signification qui sont des énoncés significatifs de chacun des entretiens réalisés. La troisième étape a été de développer le contenu des unités de signification. Pour ce faire, nous avons rassemblé sous les unités de signification, tout ce que la personne a pu y mettre tout au long de son discours. Enfin, la synthèse des thèmes significatifs a été faite ainsi que la présentation de l'expérience de chacun dans un niveau de généralité tout en conservant intact le sens de l'expérience. Les données de l'observation non participante, de la revue documentaire ont été également utilisées pour alimenter et enrichir l'analyse et la discussion.

2.6 Considérations éthiques

Le protocole de la présente recherche a été soumis à l'approbation du Comité d'éthique pour la recherche en santé (CERS) du Burkina Faso qui a émis un avis favorable par délibération N° 2018-9-120 du 12 septembre 2018. Une autorisation du Directeur général du CHR de Fada N'Gourma a été accordé et tous les participants à l'étude ont pris connaissance de la note d'information du participant et du formulaire de consentement. Le consentement a été recueilli par signature ou par empreinte digitale. Le moment et le lieu du rendez-vous pour l'interview était décidé par les participants. Ils se sont réalisés en dehors des heures de soins à la convenance de chaque participant. De même la confidentialité des propos des participants à l'étude a été assurée, par l'utilisation de verbatim et de codes en respectant l'anonymat.

3. Résultats

3.1 Description des caractéristiques sociodémographiques des participants

Les participants à l'étude étaient au nombre de treize (13) dont huit (08) de sexe féminin et cinq (05) de sexe masculin. Le plus jeune participant avait 21 ans contre 70 ans pour le plus âgé tandis que la majorité des participants avaient au plus 40 ans. L'âge moyen des participants était de 35 ans. Concernant le niveau d'instruction, 08 participants n'ont pas été scolarisés. Quant à l'occupation professionnelle, 08 étaient cultivateurs ou ménagères pendant qu'un seul était fonctionnaire. Pour ce qui concerne la durée du séjour, 08 participants ont séjourné moins d'une semaine avec leurs enfants au CHR de Fada N'Gourma. Considérant la fréquence du séjour, 09 parents y ont séjourné 01 seule fois en 12 mois.

3.2 Célérité des réponses aux préoccupations des accompagnants

Les principales tendances des réponses sont que les prestataires ne sont pas prompts dans les réponses aux sollicitations des parents malgré la récurrence des appels. Certains parents expliquent qu'ils se sentent souvent obligés de prendre des initiatives personnelles d'actes de soins et sont récriminés.

« L'autre jour le sérum était fini et j'ai arrêté la perfusion pour attendre l'arrivée de l'agent de santé. Quand il est venu, il m'a beaucoup grondé en disant que je devais l'appeler et attendre son arrivée. Pourtant, personne ne me l'avait dit avant. Je me suis excusé pour avoir les soins pour mon enfant ». PM12.

« Quand vous ramenez les médicaments de la pharmacie, ils vous disent d'aller attendre dans la salle de soins, mais généralement, ils traînent beaucoup avant de venir faire les soins. En haut là (hospitalisation), un jour, mon enfant vomissait et je suis allée les appeler. Ils étaient deux mais aucun n'est venu voir ». PF4.

« Avant-hier, la main de mon enfant était enflée à cause de la perfusion. Vers midi, je suis allée appeler l'infirmier qui n'est pas venu. Je suis repartie l'appeler une 2^e fois, rien. Vers 16 H, le bras était plus enflé et l'enfant souffrait beaucoup. Mon mari est allé pour la 3^e fois et l'infirmier s'est fâché. Ainsi, il y a eu une bagarre entre eux ». PF3.

3.3 Climat de collaboration entre accompagnants et prestataires de soins

La majorité des répondants ont décrit le climat d'interaction avec les prestataires souvent tendus. Certains relatent qu'il arrive que le personnel soignant les insulte lorsqu'ils ne comprenaient pas leurs explications. Aussi des parents se sont sentis souvent fustigés parce qu'ils ne comprennent pas la langue utilisée par le personnel soignant.

« Une fois, j'ai eu des difficultés avec une infirmière parce que je ne comprenais pas sa langue. Elle m'a dit que comme j'ai besoin d'elle pour les soins, je devais m'efforcer de parler sa langue. ». PM12.

« En néonatalogie, si on t'explique et tu ne comprends pas vite, certaines soignantes se fâchent et nous menacent alors que ce n'est pas de notre faute. ». PF9.

« Durant tout notre séjour dans l'hôpital de Fada, il y avait toujours du respect pendant les échanges entre les agents de santé et nous. ». PM6.

3.4 Continuité des soins

Tous les participants à l'étude ont attesté que les prestataires de soins se remplaçaient au chevet de leurs enfants sans discontinuité. Ils ont également déclaré que leurs enfants recevaient les traitements tous les jours jusqu'à leur libération officielle à l'issue d'une visite médicale. Dans la plupart des cas, le parent d'enfant recevait la notification de sortie, des documents de la gratuité pour enregistrement à la caisse et une ordonnance médicale ou du lait (au CREN) pour poursuivre le traitement à domicile. Par ailleurs, un rendez-vous est donné à certains pour revenir au CHR de Fada N'Gourma et d'autres sont orientés vers les centres de santé de leurs localités d'origine pour y être suivis. Les difficultés évoquées sont en lien avec l'orientation, le temps d'attente au dépôt pharmaceutique, les ruptures de médicaments et l'agressivité de certains agents de santé.

« A notre sortie, ils nous ont prescrit un sirop et des comprimés et on nous les a donnés gratuitement à la pharmacie. Les agents de santé m'ont expliqué comment donner ça à la maison pour que la maladie de mon enfant guérisse définitivement » PM5.

« Pour les papiers de sortie, je suis allée là-bas (pharmacie) et je me suis alignée pendant 02 heures. ». PF4.

« Quand nous avons été libérés, nous avons reçu une ordonnance mais le médicament n'était pas disponible . Quand je suis revenue, l'infirmier nous a donné gratuitement le médicament manquant et nous a expliqué comment continuer le traitement à la maison ». PF7.

«Nous étions alignés à la pharmacie. Une femme dont le cas de son enfant était grave mais elle n'est pas arrivée à se faire servir urgemment les médicaments. Deux (02) heures après, on est venu l'appeler que son enfant est parti (décédé)». PF2.

« L'autre jour, je me suis alignée près de 3 h, avant d'avoir les médicaments. L'agent de santé se plaignait parce que le traitement de mon enfant aurait dû se faire alors que l'heure était dépassée ». PF2

4. Discussion

La qualité des soins exige une bonne interaction entre les différentes parties prenantes du processus d'offre de soins. La qualité communicationnelle des soignants est une dimension fréquemment évaluée dans le cadre des relations soignant-soigné (Magali, 2018).

Dans la littérature, les défis relationnels dans les hôpitaux sont influencés par plusieurs facteurs tels que les caractéristiques du patient, sa famille, le groupe familial/proches, ainsi que les soignants avec leur propre vécu personnel et professionnel (Blandine & Sandrine, 2021). Cependant, dans notre étude, la description des interactions entre les parents des enfants hospitalisés et le personnel soignant n'a pas montré de particularité des caractéristiques sociodémographiques des parents. Les réponses ne variaient pas en fonction du sexe, l'âge ou le niveau d'instruction des parents.

Notre étude décrit à la fois des perceptions positives et négatives en lien avec les dimensions explorées. En effet, durant leur séjour hospitalier, les sollicitations des parents étaient relatives aux informations sur le diagnostic, le traitement et le suivi des patients. La nature des sollicitations est intimement liée à l'asymétrie d'informations relative aux aspects biomédicaux de la prise en charge. La plupart des parents ne disposent ni des prérequis ni de la formation inhérente aux physiopathologies, étiopathogénies et thérapeutiques en jeu. Cette asymétrie d'information confère un pouvoir de supériorité au soignant qui dicte les instructions sans prendre le temps d'expliquer. Cependant avec la vulgarisation des accès à internet et aux réseaux sociaux certains parents pourraient disposer d'informations qu'ils souhaiteraient valider auprès des prestataires. D'autres études menées au Congo, ont également montré que la majorité des patients ne sont pas mis au courant de leur diagnostic et des traitements à suivre, et sont préoccupés par l'utilisation de termes médicaux par les professionnels de santé, qui limite leur compréhension (kafumbi, 2024, Shukuru lossa, 2024). Cette insuffisance de communication est souvent expliquée par la surcharge de travail du personnel surtout dans un contexte de gratuité des soins entraînant un accroissement de la fréquentation de l'hôpital.

Selon les parents interrogés certains agents de santé répondaient généralement avec célérité à leurs préoccupations et les interactions empreintes de courtoisie et de respect mutuel surtout lors des visites. Certaines de nos observations ont confirmé un bon climat de travail dans les unités. Ce climat est de nature à rendre très agréable le séjour hospitalier et à encourager les parents à participer plus activement au processus de prise en charge (Torbey & Garcia, 2013). Le fait de constater une présence continue des prestataires refoulait ce sentiment d'abandon très souvent retrouvé chez les personnes stressées. Cet état de fait pourrait accroître leur confiance vis-à-vis de l'hôpital.

Les parents interrogés ont affirmé n'être pas systématiquement associés aux processus de prise en charge de leurs enfants. Certains prestataires n'expliquaient pas les raisons des traitements et réprimandaient régulièrement certains comportements des parents. Cet état de fait pourrait

alimenter le désarroi, le découragement et même un repli sur soi. Selon les directives de soins centrés sur les personnes, le patient ou sa famille ne doivent pas être considéré comme des récepteurs passifs mais doivent participer à la production des soins (Blandine & Sandrine, 2021).

La gratuité des soins semble avoir aussi engendré ou intensifié des usages peu recommandables dans les interactions parents-prestataires de soins. Il s'agit essentiellement des faits de corruption et la vente illicite des médicaments. Ces pratiques tendent à amplifier les ruptures des médicaments gratuits et à accroître les dépenses catastrophiques de santé des parents d'enfants (Touré, 2012). Des pratiques similaires ont été décrites dans les centres de santé de plusieurs pays ouest africains (INS Niger, 2015; Olivier de Sardan & Ridde, 2012 ;Jaffré & Olivier de Sardan, 2003; Touré, 2012). Cela a amené certains auteurs à soutenir que le parcours des malades dans les centres de santé est émaillé de facturations de médicaments et d'actes thérapeutiques normalement gratuits, de ventes frauduleuses de médicaments et de tentatives de légitimation de ces pratiques par le personnel de santé (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003).

5. Conclusion

La description des perceptions des parents d'enfants sur leurs interactions avec le personnel soignant montre une qualité relationnelle assez positive notamment pour ce qui concerne les réponses aux sollicitations et la continuité des soins. Les sources d'insatisfaction concernent la non-implication des parents dans les choix thérapeutiques et les pratiques de corruption. Bien que les résultats de notre étude ne puissent pas être généralisés, l'amélioration de l'organisation des services, la gestion de la charge de travail et l'implication des usagers aux décisions sont entre autres des mesures d'amélioration qui pourront renforcer les liens entre soignant et soigné dans les hôpitaux dans le contexte de la gratuité des soins.

Conflit d'intérêt

Aucun d'intérêt n'est lié à cet article.

Références Bibliographiques

- Groud, P.-F., Gourinat, V., & Dalibert, L. (2022). Les enjeux de la relation soignant-soigné sur les processus d'appropriation de la prothèse : Tensions, collaborations, évolutions. *Livre des communications*, 24
- Thievenaz, J., & Tourette-Turgis, C. (2017). Penser l'expérience du soin et de la maladie. <http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=https://international.scholarvox.com/book/88841246>
- Bonso, S. K. N. W. (2023). Déterminants de la mauvaise qualité des relations soignants-soignés dans des formations sanitaires, cas de l'Hôpital général de référence de Tshikapa. *International Journal of Social Sciences and Scientific Studies*, 3(6), 3280-3297.
- Ministère de la Santé. (2017). *Stratégie nationale de mise en œuvre de la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (05) ans*. Ministère de la Santé.
- Yameogo P. (2018). Bilan de la mise en œuvre de la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (05) ans vivant au Burkina Faso. *Ministère de la Santé*.
- Ministère de la Santé, (2018). *Manuel de procédures de mise en œuvre de la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (05) ans vivant au Burkina Faso*. Ministère de la Santé.
- Drabo, K M, Tinto, H., Hien, H., Konfé, S., Nana, F., Ly, A., & Ouédraogo, T. L. (2015). Perceptions des femmes enceintes fréquentant la consultation prénatale dans les centres de santé de premier échelon du District sanitaire de Do et Dafra au Burkina Faso. *Science et*

- Technique, Sciences de la Santé*, 38, 8. https://www.revuesciences-techniquesburkina.org/index.php/sciences_de_la_sante/article/view/1488
- Torbey, M., & Garcia, P. R. (2013). La réponse aux besoins de la famille dans un contexte de soins intensifs : Une question d'intégration. *L'infirmière clinicienne* 10(1),
- Ribau, C., Lasry, J.-C., Bouchard, L., Moutel, G., Hervé, C., & Marc-Vergnes, J.-P. (2005). La phénoménologie : Une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers*, 81(2), 21. <https://doi.org/10.3917/rsi.081.0021>
- Giorgi, A. (1997). The Theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260. <https://doi.org/10.1163/156916297X00103>
- Magali G., Florent L., Didier T. (2018). La relation soignant-soigné dans la littérature académique : tendances générales, limites et perspectives. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* Vol176, Issue 2, Feb 2018, Pages 135-144
- Vignéras B. , Prandi S. (2021). Constat amer d'un dérapage dans la relation soignant-soigné-famille / proches ou quand la COVID-19 nous ouvre les yeux.. *Revue de Bioéthique de Nouvelle-Aquitaine*, 2021, 8, p. 9-15. {hal-03321954}
- Joël K. et al (2024) Communication Soignant-Soigné en milieu hospitalier. étude menée à l'hôpital général de référence de Kenge, Kwango, Rép. Dém. Congo. *International Journal for Multidisciplinary Research (IJFMR)* Volume 6, Issue 2, March-April 2024
- Shukuru I.D., Milabyo.K.P, Bwinja.M.H, Grace. K.J (2024) Communication interpersonnelle dans la prise en charge des malades à l'Hôpital Général de Référence de Bagira en République Démocratique du Congo. In *International Journal of Novel Research and Development* ISSN :2456-4184. Volume9|Issue12|December-2024.
- Touré, L. (2012). La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins ? : Perceptions sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali. *Afrique contemporaine*, 243(3), 49. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0049>
- Institut national de la statistique Niger. (2015). *Etude sur la gratuité des soins de santé au Niger* (p. 67) [Rapport d'étude]. *Institut national de la statistique (INS)*.
- Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger : Les contradictions des politiques publiques. *Afrique contemporaine*, 243(3), 11. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0011>
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). Une médecine inhospitalière. *Editions Karthala*. <https://doi.org/10.3917/kart.jaffr.2003.01>

© 2025 TINDANO, 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 (2)

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

Received, 14 August 2025

Accepted, 05 December 2025

Published, 20 December 2025

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

To cite: Nana, W. F., et al. (2025). Mesures de prévention et de contrôle des infections dans le restaurant du centre hospitalier universitaire Sourô Sanou au Burkina Faso. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 341- 353. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.24>

Research

Mesures de prévention et de contrôle des infections dans le restaurant du centre hospitalier universitaire Sourô Sanou au Burkina Faso

Infection prevention and control measures in the restaurant of the Sourô Sanou University Hospital in Burkina Faso

Félicité W. NANA^{1,*}, Faousia P. Z. TANOU², Danielle Belemsaga YUGBARE¹, Arsene HEMA³, Maxime. K. DRABO¹

¹Institut de Recherche en Science de la Santé, CNRST, Ouagadougou, Burkina Faso

²Institut supérieur des sciences de la sante, Université Nazi Boni, Bobo Dioulasso, Burkina Faso

³Centre hospitalier universitaire de Sourô SANOU, ministère de la Santé, Bobo Dioulasso, Burkina Faso

* **Correspondance** : E-mail : naf.dqss@gmail.com ; Téléphone: +226 72135347/56611900

Résumé

La restauration collective, notamment dans les structures de santé joue un rôle crucial pour répondre aux besoins sociaux et sanitaires des patients. Cependant, malgré des initiatives entreprises, des lacunes subsistent dans l'application des mesures d'hygiène. Cette étude vise à évaluer les mesures de prévention et de contrôle des infections de la restauration du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS). Il s'agissait d'une étude transversale analytique mixte sur l'évaluation des mesures de prévention et de contrôle des infections du 03 mars au 03 septembre 2024. Les données recueillies portaient sur huit dimensions : les infrastructures, les équipements, les ressources humaines, les aliments, l'hygiène, la gestion des aliments, la préparation et la distribution des repas et la satisfaction des clients. La rubrique d'intrant a obtenu une moyenne de 30,52 %, jugée « peu satisfaisante ». Le processus a été jugé « non satisfaisant » avec une moyenne de 16,96%. Le résultat avec une moyenne de 85,61% a été jugé « très satisfaisant ». L'appréciation globale des mesures PCI au CHUSS est « peu satisfaisant » avec un score de 44,36%. L'évaluation a mis en évidence des insuffisances en matière d'hygiène, de stockage et de préparation. Les denrées sont mal entreposées, exposées à des risques de contamination. L'hygiène des locaux et du personnel est insuffisante, avec un non-respect des bonnes pratiques et l'absence de procédures formalisées. Une sensibilisation et un suivi rigoureux des mesures doivent être réalisés pour réduire le risque infectieux en milieu de restauration hospitalière.

Mots clés : Evaluation, Restauration collective, Hôpitaux, Hygiène, Repas.

Abstract

Collective catering, particularly in health structures such as the Sourô Sanou University Hospital, plays a crucial role in meeting social and health needs. However, despite initiatives undertaken, gaps remain in the implementation of hygiene measures. This study aims to evaluate the infection prevention and control measures of the CHUSS restaurant. This is a mixed analytical cross-sectional study on the evaluation of infection prevention and control measures in the restaurant of the Sourô Sanou University Hospital Center from March 03 to September 03, 2024. The data collected covered eight dimensions: infrastructure, equipment, human resources, food, hygiene, food management, meal preparation and distribution, and customer satisfaction score. The input category obtained an average of 30.52%, which was deemed "unsatisfactory". The process was also "unsatisfactory" with an average of 16.96%. The result was "very satisfying" with an average of 85.61%. The overall assessment of the IPC measures at the CHUSS is considered "unsatisfactory" with a score of 44.36%. The evaluation highlighted deficiencies in hygiene, storage and preparation. The foodstuffs are poorly stored, exposed to the risk of contamination. The hygiene of the premises and staff is insufficient, with non-compliance with good practices and the absence of formalized procedures. Awareness and rigorous monitoring of measures are necessary to reduce the risk of infection in hospital catering settings.

Keywords: Evaluation, Collective catering, Hospitals, Hygiene, Meals

1. Introduction

La restauration collective constitue une activité économique essentielle, visant à assurer la consommation commune de repas par un groupe de personnes en dehors du cadre domestique (Maouche H et al. 2020). Elle peut revêtir un caractère lucratif ou social. Au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS), cette restauration collective est clairement orientée vers une mission à caractère social.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a, dans son rapport de 2015, estimé que les maladies d'origine alimentaire affectent chaque année plus de 600 millions de personnes à travers le monde, entraînant environ 420 000 décès. Ces pathologies sont causées par divers agents, notamment des bactéries, virus, parasites, toxines ou produits chimiques. Ce fardeau pèse particulièrement sur les populations vulnérables, notamment les enfants de moins de 5 ans, et est plus accentué dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (OMS.2015). Ces chiffres soulignent l'importance capitale de l'hygiène alimentaire, notamment dans les restaurations collectives où les risques sanitaires sont multipliés.

L'importance de l'hygiène dans les établissements hospitaliers remonte à l'Antiquité, une époque où les soins médicaux étaient étroitement associés à la préparation et à la distribution de repas pour les patients (Arfaoui C et al. 2008). Les premières pratiques médicales mettaient déjà en évidence la nécessité d'une hygiène rigoureuse dans les cuisines hospitalières. Au fil des siècles, l'évolution des connaissances scientifiques et des techniques culinaires a contribué à l'élaboration de normes strictes pour prévenir les contaminations alimentaires et les infections nosocomiales. L'hygiène des cuisines joue ainsi un rôle déterminant pour garantir la sécurité alimentaire et la santé des patients comme du personnel soignant (Thouraya DA et al. 2007).

Toutefois, des études récentes, telles que celles de Duho (Duho DKS. 2012) et le rapport de l'OMS (OMS. 2024), ont mis en lumière les nombreux défis liés à la prévention des infections nosocomiales, en soulignant la nécessité d'adopter des pratiques d'hygiène rigoureuses dans les cuisines hospitalières.

Dans les pays africains, ces défis prennent une ampleur particulière en raison des contraintes infrastructurelles et des ressources limitées. Au Burkina Faso, l'entretien et l'hygiène des structures de santé ont souvent été au cœur de polémiques, notamment après la publication d'images révélant l'insalubrité et la vétusté des cuisines hospitalières (leFaso.net. 2021). Malgré les initiatives mises en place, telles que la mise en œuvre de stratégie nationale d'hygiène hospitalière, la diffusion des directives et guides prenant en compte l'hygiène de la restauration (Ministère de la santé. 2021), ainsi que la rénovation de la cuisine du CHUSS (Sanou A. 2021), des plaintes subsistent concernant l'hygiène de la restauration. Bien que plusieurs études abordent l'hygiène hospitalière, aucune étude n'est spécifique à l'hygiène de la restauration notamment au CHUSS.

La présente étude s'inscrit dans cette problématique et vise à évaluer les mesures de prévention et de contrôle des infections au sein du restaurant du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso.

2. Matériels et Méthodes

2.1 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale analytique mixte menée du 03 mars au 03 septembre 2024.

2.2 Site de l'étude

L'étude s'est déroulée au restaurant du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS) situé dans la ville de Bobo-Dioulasso, dans la région des Hauts-Bassins, à l'ouest du Burkina Faso. Il s'agit d'un hôpital national de référence couvrant principalement quatre régions du pays. Il dispose d'une capacité d'accueil de 672 lits et d'un effectif global de 1 097 agents. Le restaurant est situé à l'entrée de l'hôpital. Il comprend un espace central de

préparation des repas et un réfectoire pouvant accueillir jusqu'à 55 personnes. Il est équipé de 15 tables et de 55 chaises pour les usagers, ainsi que de 4 chaises pour les serveurs. Le personnel de la restauration du CHUSS compte 26 personnes, dont des magasiniers, serveurs, plongeurs, cuisinières et nettoyeurs, qui assurent la préparation et la distribution des repas destinés aux patients et au personnel.

2.3 Échantillonnage

Les cibles de l'étude étaient le personnel chargé de la restauration, ainsi que les infrastructures et les équipements de la cuisine et du réfectoire.

Nous avons réalisé un échantillonnage exhaustif auprès du personnel. Également, toutes les infrastructures et les équipements de la cuisine et du réfectoire ont été inclus.

La taille prévisionnelle de l'échantillon était de 26 individus dont 22 femmes.

2.4 Modèle conceptuel de référence

Notre cadre conceptuel s'est inspiré du modèle d'évaluation d'une intervention décrite par Donabedian. Selon ce modèle nous avons apprécié le respect des mesures de prévention des infections à travers trois volets « intrant », « processus » et « résultats ». Le premier volet comporte les dimensions tels que les infrastructures, les équipements et les ressources humaines. Le second volet comporte les dimensions d'hygiène et de gestion des aliments. Le troisième volet concerne les incidents digestifs observés après le repas.

2.5 Techniques et outils de collecte des données.

Il s'est agi de l'interview individuel, l'observation et l'analyse documentaire comme techniques de collecte des données. Nous avons utilisé un guide d'entretien pour les entretiens, une grille d'observation pour l'observation et une grille d'analyse documentaire pour l'analyse documentaire.

2.6 Variables et analyse des données

Suivant le cadre conceptuel de Donabedian, trois volets, comportant des dimensions puis des variables, ont été utilisés. (tableau I)

Pour les données quantitatives, les variables ont été évaluées suivant les modalités « oui », « non » et « NA ». Lorsqu'il s'agissait d'une variable composite ou de plusieurs paramètres vérifiés, la loi du « tout ou rien » s'est appliquée. La variable est cochée « oui » si et seulement si tous les paramètres sont remplis. Dans le cas contraire il est coché « non ».

Chaque variable cochée « oui » était cotée un (1) point et celle cochée « non » était cotée zéro (0) point. La dimension a été évaluée en faisant la sommation des points obtenus de la variable qui la compose divisée par nombre total attendu en soustrayant les points des NA, le résultat obtenu est multiplié par 100%. Les rubriques et les dimensions sont évaluées à travers quatre modalités : Les proportions comprises entre 0-25% exclue ont été jugées « non satisfaisant », celles entre 25-50% exclue ont été jugées « peu satisfaisant », celles entre 50-75% exclue ont été jugées « satisfaisant » et celles entre 75-100% ont été jugées « très satisfaisant ».

Les données ont été saisies sur un ordinateur à l'aide du logiciel EPI INFO dans sa version 7 à partir d'un masque conçu à cet effet. Elles ont ensuite été codifiées en alphanumérique pour faciliter leur exploitation. Pour la saisie et la présentation des résultats, le logiciel Microsoft Office a été utilisé dans ses versions Word et Excel 2013. Les données qualitatives ont été retranscrites sous forme de verbatims. Un regroupement thématique a permis de dégager les points d'intérêt en rapport avec notre étude

Tableau I : Modalités de cotation et d'appréciation des variables par dimension

Rubrique	Dimensions	Variables	Cotation	Modalité d'appréciation
Intrants	Infrastructure	Etat du bâtiment (Conformité aux normes de construction)	somme des points obtenus divisé par nombre total attendu multiplié par 100%.	« non satisfaisant » si score compris entre 0 -25% exclue
		Emplacement et environnement		
	Equipement / Ustensiles	Etat des murs sol et plafonds (Conformité aux normes d'hygiène)		« peu satisfaisant » si score compris entre 25-50% exclue
		Disponibilité des équipements et ustensiles État des équipements et ustensiles		
Processus	Resources humaines	Disponibilité Etat de santé du personnel Formation		
	Produits alimentaires	Qualité des ingrédients Entreposage		« satisfaisant » si score compris entre 50-75% exclue
		Entretien des locaux Entretien des équipements et ustensiles		
	Hygiène dans le restaurant	Hygiène vestimentaire Fonctionnalité du dispositif lavage des mains		« très satisfaisant » si score compris entre 75-100%
		Techniques de préparation des repas		
	Distribution des repas	Modes de distribution des repas		
Résultats	Incidents alimentaires	Malaises digestifs après le repas		

Source : Tanou et al., 2024

2.7 Considérations éthiques

Le protocole a bénéficié d'une autorisation de collecte du comité éthique et des responsables de l'hôpital. La participation a été volontaire, matérialisée par la signature d'une fiche de consentement libre, éclairée et individuelle. La préservation de l'anonymat des participants a

été garantie et les contraintes de fonctionnement ont été intégrées et respectées notamment la priorité aux soins.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques des personnes enquêtées

Pour le personnel en charge de la restauration, nous avons au total 24 personnels enquêtés sur 26, avec un sex-ratio de 20 hommes pour 100 femmes. Près de la moitié (41,66 %) ne disposait pas d'instruction formelle ; 25 % ont un niveau primaire et 33,33 % un niveau secondaire.

3.2 Evaluation du volet « intrants »

3.2.1 Infrastructure

Les infrastructures ont été jugées « peu satisfaisant » avec un score de 33,33% (3/9).

L'observation montre pour ce qui concerne l'emplacement et environnement : la cuisine située à proximité du parking du personnel avec des véhicules garés dans l'environnement immédiat. Les routes et les environs sont libres et ne comportent pas de débris et de déchets.

Pour le revêtement des sols et des murs, des signes de dégradation, avec des détachements, ont été observés sur certains murs du réfectoire et de la cuisine. Le matériel de revêtements n'est pas lavable et les sols sont fait de carreaux avec joints.

État des bâtiments et structures : l'étanchéité des bâtiments est acceptable, mais le plafond de la cuisine est en détachement. Le restaurant ne dispose pas de toilettes pour le personnel mais en revanche, dispose d'un vestiaire pour les employés.

3.2.2 Équipements et ustensiles

Les équipements et ustensiles ont été jugés « peu satisfaisants » avec un score de 38,46 % (5/13).

Par suite des observations, de l'analyse documentaire et des interviews réalisées, nous notons la présence de certains équipements, notamment une source d'énergie de relais, des dispositifs pour l'évacuation des eaux usées et des réfrigérateurs assurant la chaîne du froid. De plus, des équipements de protection individuelle (tabliers, blouses, coiffes, etc.) sont mis à la disposition du personnel. Toutefois, certaines installations sont absentes, notamment un système de traitement des eaux usées avant leur évacuation, des lave-vaisselles et des fours.

En ce qui concerne l'état et le fonctionnement des équipements, nous relevons des dysfonctionnements de certaines ampoules et des brasseurs d'air au réfectoire. La cuisine ne disposait d'aucun système de ventilation. De plus, les portes et les fenêtres donnant sur l'extérieur n'étaient pas équipées de dispositifs de protection. Nous avons également noté l'absence d'une fiche de suivi et de maintenance des équipements.

Bien que les équipements de protection individuelle soient disponibles, certains membres du personnel ne les portaient pas systématiquement. Par ailleurs, on notait l'absence de toilettes et de dispositifs de lavage des mains à proximité des toilettes.

3.2.3 Ressources humaines

Les ressources humaines ont été jugées « non satisfaisantes » avec un score de 12,8 % (1/8). Suite aux observations, à l'analyse documentaire et aux interviews, il ressort, pour la disponibilité et la qualification du personnel, que le personnel en charge de la restauration ne disposait pas de documents attestant de sa qualification. Toutefois, les employés estimaient que leur nombre était suffisant pour assurer les opérations.

En termes de formation, le personnel de la restauration affirmait avoir été formé sur certaines thématiques de l'hygiène. Des rapports de formation sur les bonnes pratiques d'hygiène ont été

dépouillés ainsi que des protocoles de prévention des infections. Cependant, les employés n'avaient pas reçu de formation à l'utilisation des extincteurs.

Suivi de l'état de santé du personnel : Sur les 24 employés recensés, seuls 16 possédaient un carnet de visite sanitaire à jour. Par ailleurs, aucune directive n'imposait au personnel de signaler une infection (rhume, grippe, diarrhée, infections de la gorge et de la peau) ni d'instruction interdisant la manipulation des aliments en cas de maladie infectieuse. De plus, aucun système de suivi médical spécifique pour les cuisiniers n'a été mis en place.

3.2.4 Produits alimentaires

Les produits alimentaires ont été jugés « peu satisfaisant » avec un score de 37,50% (3/8). L'observation et l'analyse documentaire ont permis de constater que les aliments crus et les plats préparés n'étaient pas systématiquement séparés. De plus, les aliments ne sont pas toujours couverts. Certains sont entreposés à même le sol sans protection adéquate. Par ailleurs, bien que des procédures de désinfection existent, leur application demeure irrégulière. Toutefois, aucun produit périmé ni présence de moisissures n'a été constaté durant l'observation.

3.2.5 Appréciation globale des intrants

Au total, la rubrique d'intrant a obtenu une moyenne de 30,52 %, jugée « peu satisfaisante ». L'appréciation des différentes dimensions est présentée dans la figure 1.

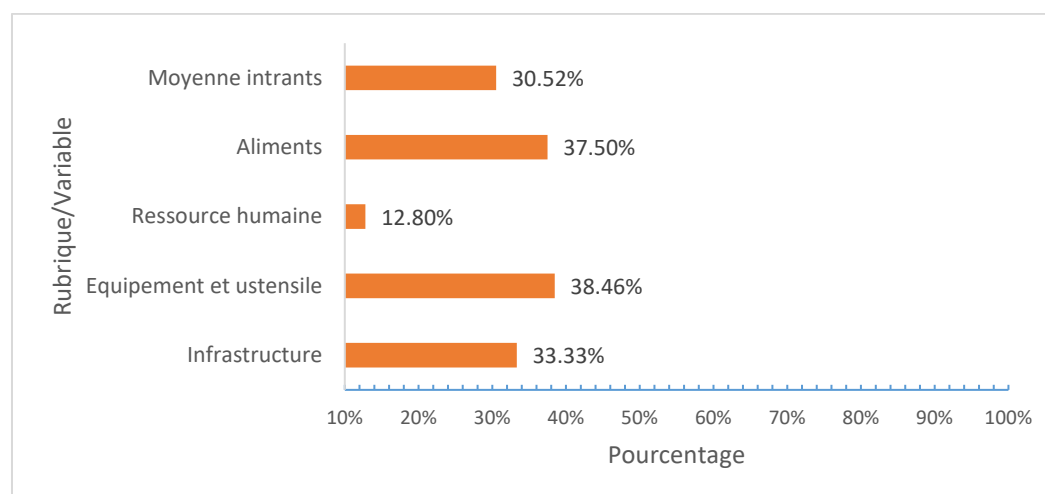


Figure 1 : L'appréciation des différentes dimensions des intrants (Tanou et al, 2024)

3.3 Appréciation du processus

3.3.1 Hygiène dans le restaurant

L'hygiène a été jugée « peu satisfaisante » avec un score de 36,66 % (11/30). À la suite des observations, de l'analyse documentaire et des interviews, nous constatons la présence de moisissures dans le réfectoire et l'accumulation de poussière sur les brasseurs. Les surfaces de travail n'étaient pas régulièrement désinfectées. Par ailleurs, bien que les déchets soient éliminés dans des zones spécifiques, les poubelles n'étaient pas toujours vidées et restaient souvent sales. Aussi, nous relevons l'absence de pièges contre les nuisibles et d'un système HACCP.

Entretien des ustensiles : La technique de lavage de la vaisselle n'était pas respectée. Nous avons noté l'absence d'eau chaude pour la vaisselle, et l'utilisation occasionnelle de torchons

pour sécher la vaisselle. De plus, il n'existait pas de procédures formelles de lavage des ustensiles.

Hygiène corporelle : L'hygiène des mains n'était pas respectée systématiquement. De plus, les règles de base, telles que l'interdiction de manger, de bavarder ou de manipuler son téléphone dans les zones de préparation, n'étaient pas toujours respectées.

Hygiène vestimentaire : Quelques employés portaient des tenues de travail sales et circulaient en dehors des zones de préparation avec leurs équipements de protection individuelle (EPI). Le port de bijoux, de faux-ongles et de vernis à ongles a également été observé.

3.3.2 Préparation des repas

La préparation des repas a obtenu un score de 0% (0/10) jugé « non satisfaisant ». Aucun élément d'évaluation de la préparation n'était satisfaisant. En effet, les ustensiles utilisés pour les aliments crus et cuits n'étaient pas distincts et ne sont pas systématiquement stérilisés avant leur réutilisation. Certains ustensiles ne sont pas en acier inoxydable et les tables de travail sont en bois. Aussi, la cuisine ne disposait pas de procédures écrites de préparation et les différentes zones de travail (réception, stockage, préparation, cuisson) n'étaient pas clairement délimitées.

3.3.3 Distribution des repas

La distribution des repas a obtenu un score de 14,26% (1/7), jugé « non satisfaisant ». La cuisine disposait d'un moyen de transport des repas vers le réfectoire (moto-taxi et chariot), mais les repas et leurs couvercles n'étaient pas systématiquement couverts. Nous avons observé l'absence de thermomètre alimentaire pour vérifier la température des repas avant leur service. En outre, le personnel ne respectait pas toujours le port des (EPI) pendant la distribution. Enfin, nous avons pu constater que la cuisine ne disposait pas d'extincteurs en cas d'incendie.

3.3.4 Appréciation globale du processus de production des repas

Au total la rubrique de processus a obtenu une moyenne de 16,97 jugé « non satisfaisant ». L'appréciation des différentes dimensions est présentée dans la figure 2.

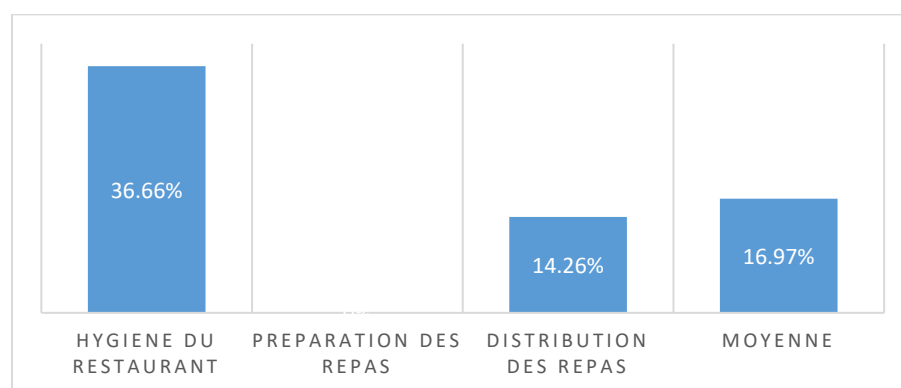


Figure 2 : Appréciation des différentes dimensions du processus (Tanou et al, 2024)

3.4 Évaluation du volet « résultats »

3.4.1 Incidents digestifs

la dimension « incidents digestifs » a été jugée « très satisfaisante » avec un score de 85, 61% . Les résultats montrent que la majorité du personnel de l'hôpital (82,03 %) et des patients/accompagnants (89,20 %) ne signalait pas de troubles digestifs (douleur abdominales, diarrhée, vomissements) liés aux repas, soit une moyenne de 85.61%. Il n'y a pas de différence

statistiquement significative entre les évaluations du personnel de l'hôpital et des patients/accompagnateurs concernant le malaise dû aux repas ($p\text{-value}=0,08437$). Les incidents rapportés étaient des douleurs abdominales, diarrhée et vomissements sans gravité.

3.5 Appréciation globale des mesures de prévention et de contrôle des infections dans le restaurant du CHUSS

Les mesures PCI ont été évaluées à travers les volets intrants, les processus et les résultats. Elle a obtenu ainsi une moyenne de 44.35% jugé « peu satisfaisant ». L'appréciation des différentes rubriques est présentée dans la figure 3.

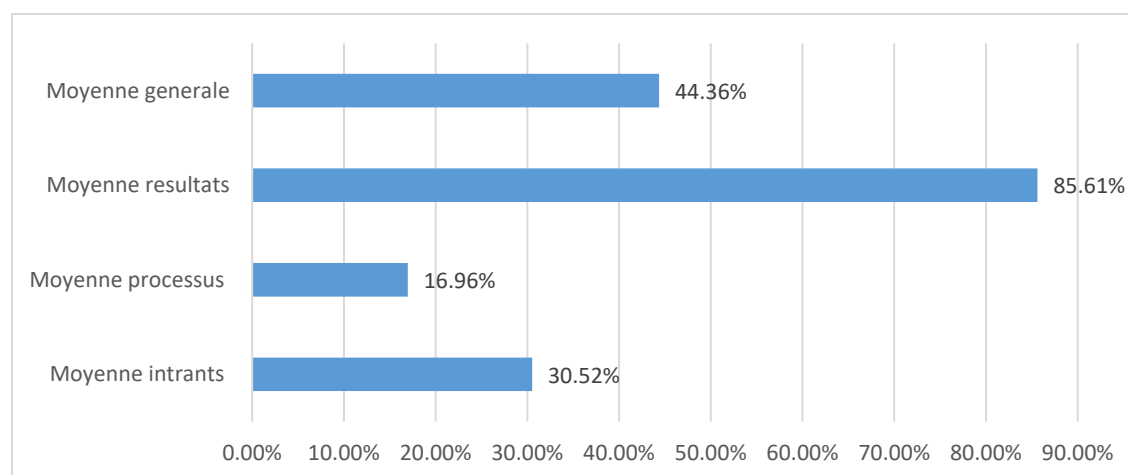


Figure 3 : L'appréciation générale des mesures PCI (Tanou et al ,2024)

4. Discussion

Des intrants utilisés au restaurants du CHUSS

L'évaluation des intrants était en moyenne « peu satisfaisante ». En effet, on note d'abord au niveau des infrastructures la non séparation des zones de production exposant ainsi les préparations à un risque de contamination croisée (Girol D. 2018). Les murs présentaient des signes de dégradation avec des détachements pouvant être une source de contamination physique(Girol D. 2018). Les revêtements n'étaient pas lavables et les sols, constitués de carreaux avec joints, compliquaient le nettoyage et la désinfection comme recommande le code de l'hygiène publique (Assemblée Nationale. 2005). Toutefois, les routes et les environs sont exempts de débris et de déchets, ce qui constituait un point positif. Ces résultats rejoignent ceux de Katia en 2008 en France (Katia S. 2008), qui a constaté l'inadaptation des locaux du CHU de Toul en France à une production hygiénique en raison d'une mauvaise séparation des zones, de surfaces dégradées et d'une hauteur sous plafond excessive. De plus, la cuisine n'est pas suffisamment isolée des sources potentielles de contamination ; la proximité de la cuisine du CHUSS avec le parking personnel et d'un parc de voitures à proximité immédiate exposait les aliments à une contamination aérienne., La loi n° 022-2005/AN interdit dans son article 57 de manipuler les aliments en proximité des zones de pollution(Assemblée Nationale. 2005). Aussi l'absence d'infrastructures sanitaires compromet-t-elle l'hygiène en augmentant le risque de contamination croisée, en limitant le lavage des mains et en favorisant la propagation des germes fécaux. À l'inverse, Guettab et al (Guettab R et al. 2022) ont rapporté en 2022 une satisfaction globale concernant l'état et l'emplacement des infrastructures au CHU de Tizi-Ouzou en Algérie, qui disposait notamment de deux sanitaires pour le personnel et des locaux éloignés des sources de pollution.

Bien que la disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI) soit satisfaisante, leur utilisation par le personnel est lacunaire, durant l'enquête seuls sept personnes sur vingt-quatre avaient porté des tenues de travail correctes (blouse, tablier, EPI, chaussure...). En outre, l'état dégradé de certain équipement de protection notamment les chaussures et blouses rend leur efficacité douteuse en termes de protection, favorisant la contamination des produits et augmentant les risques d'accidents alimentaires (Wikipédia 2023). De plus, certaines installations sont absentes, notamment un système de traitement des eaux usées avant évacuation, des lave-vaisselles et des fours, limitant ainsi l'efficacité des opérations. D'autres sont obsolètes comme le dispositif de lavage des ustensiles ou nécessitent une maintenance régulière comme le cas des brasseurs d'air et des ampoules. Ces observations expliquent le score jugé « peu satisfaisant » pour les équipements et les ustensiles. Nos résultats concordent avec ceux de Katia en 2008 (Katia S. 2008), qui avait constaté l'obsolescence du matériel de cuisine du CHU de Toul, avec des équipements âgés de plus de 20 ans.

Ensuite, l'évaluation des ressources humaines a mis en évidence un suivi sanitaire insuffisant du personnel. En effet, seuls dix-sept employés sur vingt-quatre disposent d'un carnet de santé à jour, reflétant un contrôle médical limité. Les manipulateurs d'aliments doivent pourtant subir des contrôles médicaux réguliers, selon une périodicité réglementée (Assemblée Nationale. 2005). Par ailleurs, bien que la majorité du personnel ait suivi une formation sur l'hygiène au CHUSS, aucun ne possède de preuve de qualification pour son poste, indiquant un recrutement non encadré et effectué sans test. Comme le soulignent Akabanda et al en 2017 (Akabanda F. 2017), la formation du personnel est essentielle pour garantir la qualité des repas. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Sanogo (Sanogo C et al. 2017), qui avait constaté en 2017 que 72,3 % des restaurateurs étaient recrutés en faisant un test sur l'évaluation des pratiques d'hygiène alimentaire dans son étude dans les cantines du CHU du point « G » et alentours au Mali. L'absence de qualifications attestées et de suivi rigoureux du personnel pourrait donc compromettre la salubrité des aliments servis.

En fin, la qualité des aliments présente des lacunes significatives, notamment en raison d'un manque de contrôle, de directives claires et d'hygiène inadéquate d'où le score jugé « peu satisfaisante ». Les aliments crus et les plats préparés ne sont pas systématiquement séparés et les ustensiles ne sont pas désinfectés avant leur réutilisation, exposant ainsi les préparations à un risque de contamination croisée. L'OMS recommande que le matériel et les ustensiles utilisés pour les aliments crus, comme les couteaux et les planches à découper, ne doivent pas être réutilisés sans un nettoyage et une désinfection appropriée avant d'être employés pour d'autres aliments (OMS.2006). Certains Aliments sont entreposés à même le sol sans protection adéquate, les rendant vulnérables aux mouches, à la poussière et augmentant ainsi les risques de contamination. Il est recommandé de conserver les aliments dans des récipients fermés afin d'éviter tout contact entre les aliments crus et ceux prêts à être consommés, garantissant ainsi une meilleure sécurité alimentaire (OMS.2006). De plus, ils ne sont pas désinfectés ce qui augmente considérablement les risques de prolifération bactérienne et de développement de toxi-infections alimentaires, comme en témoigne Duho dans son étude en 2012 (Duho DKS. 2012).

Du processus de production des repas au restaurant du CHUSS

Les résultats de l'évaluation du processus révèlent un score en moyenne jugé « peu satisfaisant ». Pour la gestion des aliments ; aucun produit périmé n'a été retrouvé dans le stock, et les produits sont rangés selon la méthode "Premier périmé, premier sorti", ce qui contribue à une meilleure gestion des dates de péremption. Cependant, des manquements importants ont été relevés. La réception des aliments s'effectue dans la même zone que la préparation des repas, ce qui expose les denrées à un risque de contaminations croisées. Le manque de clarté dans l'organisation des espaces favorise aussi la contamination croisée et augmente le risque de

prolifération bactérienne (Duho DKS. 2012). De plus, les produits non périssables sont entreposés dans un espace mal ventilé, ce qui peut altérer leur conservation (Assemblée Nationale. 2005). Certains produits sont stockés dans la même pièce que des pesticides augmentant ainsi le risque de contamination. Par ailleurs, les conditions de stockage ne permettent pas un nettoyage efficace de la zone comme le recommande l'article 53 de la Loi n° 022-2005/AN portant Code de l'hygiène publique (Assemblée Nationale. 2005), et certains aliments ne sont pas disposés sur des palettes, ce qui les expose à l'humidité et à la poussière. Le score de la gestion des aliments est jugé « peu satisfaisant » ; il est en deçà des pratiques exemplaires identifiées dans les travaux de Guettab et al en 2022 (Guettab et al. 2022) qui ont évalué la gestion des aliments et leur qualité comme étant satisfaisante.

Aussi, notre étude révèle-t-elle un score jugé « peu satisfaisant » concernant l'hygiène, un score nettement inférieur à celui observé dans les travaux Issadi et al en 2020 (Issadi H et al. 2020) et de Guettab et al en 2022 (Guettab et al. 2022) au CHU de Tizi-Ouzou en Algérie où les surfaces sont nettoyées et désinfectées deux fois par jour, et où le personnel respecte le temps et technique de lavage des mains. Les écarts observés au CHUSS s'expliquent par l'absence de procédures d'hygiène formalisées et par des comportements individuels non conformes aux normes requises. Les observations sur le terrain ont aussi révélé une fréquence insuffisante de nettoyage et désinfection des surfaces de travail, un manque de rigueur dans le lavage des mains, Le port de bijoux et de vernis à ongles, la manipulation de téléphone pendant la préparation et des tenues de travail souvent souillées. Néanmoins on peut souligner une concordance de nos résultats avec les études de Beghdadli en 2024 en Algérie (Beghdadli. 2024) ; qui avait trouvé que 57,5 % du personnel questionné sur la connaissance en pratique d'hygiène avait un score faible.

En ce qui concerne les pratiques de préparation et de distribution des repas ; on a un taux de ? jugé « non satisfaisant ». L'absence de procédures standardisées nuit à la standardisation des préparations, augmente considérablement les risques de contamination alimentaire et favorise la survenue d'épidémies nosocomiales, comme le souligne l'étude de Villanueva et al en 2014 (Villanueva et al. 2014) qui avaient également relevé des lacunes dans la mise en œuvre des normes et des procédures de manipulation, de stockage et de préparation dans un hôpital public au Mexique. Aussi les résultats obtenus montrent-t-ils que les pratiques de maintien en température des aliments sont insuffisantes. L'absence de thermomètre alimentaire pour vérifier la température des repas rends difficile l'application des normes qui exigent que les aliments cuits doivent être maintenus très chauds, à plus de 60°C, jusqu'au moment de leur service et les aliments cuits et les denrées périssables à une température inférieure à 5°C pour éviter toute contamination (OMS. 2005). Ce constat est en ligne avec les travaux de Réglier-Poupet et al en 2005 (Réglier-Poupet et al. 2005), qui ont montré l'importance de contrôler rigoureusement la température des aliments pour prévenir les risques de contamination.

Des incidents digestifs après la restauration

Les interviews révèlent que 14,09 % des clients signalent des malaises après les repas, se manifestant par des nausées, des diarrhées, des vomissements et des douleurs abdominales. Bien qu'aucun cas grave n'ait été détecté, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a, dans son rapport de 2015, estimé que les maladies d'origine alimentaire affectent chaque année plus de 600 millions de personnes à travers le monde, entraînant environ 420 000 décès. Ces pathologies sont causées par divers agents, notamment des bactéries, des virus, des parasites, des toxines ou des produits chimiques. Ce fardeau pèse particulièrement sur les populations vulnérables, notamment les enfants de moins de 5 ans, et est plus accentué dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (OMS.2005). Cette interpellation nécessite dans notre cas une anticipation par la mise en place des mesures strictes afin de réduire significativement cette proportion et d'améliorer la sécurité alimentaire.

5. Conclusion

Cette étude visait à évaluer les mesures de prévention et de contrôle des infections mises en œuvre au sein du restaurant du Centre Hospitalier Universitaire Sourô SANOU . À travers des entretiens, des observations et une analyse documentaire, trois dimensions de la prévention des infections ont été évaluées. Une cotation des variables et des dimensions a été réalisée afin d'évaluer leur niveau de satisfaction. Les résultats obtenus révélaient un score jugé peu satisfaisant aussi bien pour les intrants que pour les processus du restaurant du CHUSS. Cependant, les résultats étaient très satisfaisants. Les insuffisances identifiées dans les pratiques et infrastructures de restauration exposaient les patients à des risques sanitaires évitables. Des mesures correctives urgentes s'imposent pour garantir la qualité et l'innocuité des repas servis en milieu hospitalier. Au vu des résultats de la présente étude, il serait nécessaire de poursuivre des analyses en laboratoire sur la qualité microbiologique et physico-chimique des repas afin d'affiner l'évaluation et de mieux cibler les axes d'amélioration.

Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêts n'est lié à cet article.

Références Bibliographiques

- Maouche H, Debiche H. Les conséquences d'une restauration hygiène défailante au niveau d'une collective de la résidence universitaire (03) « Souissi Zouina » de l'université de Bordj Bou Arreridj. 2020.
- OMS. Estimations de l'OMS sur la charge mondiale de morbidité imputable aux maladies d'origine alimentaire. OMS. 2015.
- Arfaoui c, Attia at, Hamza R, Zouari B. Hygiène Hospitalière et lutte contre les infections associées aux soins . 2008. [consulté le 23 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/00680626831e0701eca13>
- Ministère de la santé de Tunisie. Série des manuels d'hygiène hospitalière, manuel 2 La fonction restauration à l'hôpital. Ministère de la santé, deuxième Edition 2007. [consulté le 8 janv 2025]. Disponible sur : https://www.uprt.fr/mesimages/fichiers-uprt/hop-hygiene/hop_fonction_restaurant_hopital.pdf
- Duho DKS. Le nettoyage et la désinfection en restauration collective à l'Hôpital Principal de Dakar (Sénégal). 2012
- OMS. Food safety. OMS 2024 [consulté le 8 janv 2025]. Disponible sur <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/food-safety>
- LeFaso.net. Hôpital Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso : L'état de salubrité de la cuisine laisse à désirer. leFaso.net. 2021 [consulté le 23 janv 2025]. Disponible sur: <https://lefaso.net/spip.php?article103593>
- Ministère de la santé Burkina Faso. Plan de lutte contre les infections et de gestion des déchets. MS 2021.
- Sanou A. Bobo-Dioulasso : La cuisine du CHU Sourou Sanou fait peau neuve. Burkina 24. 2021 [consulté le 23 janv 2025]. Disponible sur: <https://burkina24.com/2021/04/14/bobo-dioulasso-la-cuisine-du-chu-souro-sanou-fait-peau-neuve/>
- Tanou Faousia. Evaluation des mesures de prévention et de contrôle des infections dans le restaurant du centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso. Mémoire de fin d'étude. Université Nazi Boni de Bobo Dioulasso, Burkina Faso. 2025
- Girol D. Contaminations directes ou croisées, dangers chimiques ou physiques. Hygiène et Salubrité Alimentaires. 2018 [consulté le 16 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.hygiene-et-salubrite-alimentaires.com/contaminations-directes-croisees/>

- Assemblée Nationale du Burkina Faso. Loi n° 022-2005/an portant code de l'hygiène publique au Burkina Faso. Assemblée Nationale. 2005.
- Katia S. L'avenir de la restauration au CH de Toul. Une troisième voie entre le faire et le faire-faire ?. Mémoire d'études. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P). 2008. [consulté le 10 janv 2025]. Disponible sur: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2008/edh/sewastianow.pdf>
- Guettab R, Youcef Khodja L. La gestion du risque infectieux en milieu hospitalier : Hygiène de la cuisine centrale. Cas CHU de TZI- Ouzou . Université Mouloud Mammeri. 2022 [consulté le 10 janv 2024]. Disponible sur: <https://dspace.ummto.dz/handle/ummto/19031>
- Wikipédia. Paquet hygiène. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [consulté le 11 janv 2025]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Paquet_hygi%C3%A8ne&oldid=204267363
- Akabanda F, Hlortsi EH, Owusu-Kwarteng J. Food safety knowledge, attitudes and practices of institutional food-handlers in Ghana. BMC Public Health. 2017
- Sanogo C. Evaluation de l'observance de bonnes pratiques d'hygiène alimentaire dans les cantines du centre hospitalier universitaire (CHU) du point « G » et alentours de novembre 2016 à février 2017 à Bamako. Mémoire de fin d'études 2017. [Internet]. [consulté le 16 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/6087/M%C3%A9moire%20Master%20Dr%20Chaka%20Sanogo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS. Cinq clefs pour des aliments plus sûrs : manuel. OMS 2006. [Internet]. [consulté le 16 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241594639>
- Issadi H, Merahba K. La méthode HACCP et la gestion des risques à l'hôpital Cas : Cuisine centrale du CHU de Tizi-Ouzou Unité Nedir Mohamed [Internet]. Université Mouloud Mammeri; 2020 [consulté le 10 janv 2025]. Disponible sur: <https://dspace.ummto.dz/handle/ummto/13988>
- Beghdadli B , Belhadj Z , Chabane W , Ghomari O , Kandouci AB , Fanello S. Standard precautions" practices among nurses in a university hospital in Western Algeria. Sante Publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France). 2008
- Villanueva Martínez S, Macías-Hernández AE, de la Torre-Rosas A, Polanco González C. Evaluation of policies in the procedures for food handling to prevent nosocomial infections in general hospitals and public institutions of health in Mexico. Gac Med Mex. 2014.
- Réglier-Poupet H, Parain C, Beauvais R, Descamps P, Gillet H, Le Peron JY, et al. Evaluation of the quality of hospital food from the kitchen to the patient. J Hosp Infect. févr 2005

© 2025 NANA, 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 (2)

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

Received, 28 August 2025

Accepted, 12 December 2025

Published, 20 December 2025

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

To cite: Nkolo, F.D, Tolo & Messanga B. C (2025). Ce que révèle l'absence de publications sur les cellulites cervico-faciales en Afrique subsaharienne : une analyse bibliométrique. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 354-362. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.25>

Research

Ce que révèle l'absence de publications sur les cellulites cervico-faciales en Afrique subsaharienne : une analyse bibliométrique

What the Absence of Publications on Cervico-Facial Cellulitis in Sub-Saharan Africa Reveals: A Bibliometric Analysis

Francis Daniel Nkolo Tolo^{1*}, Charles Bengondo Messanga¹

¹Département de Chirurgie Buccale, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun

***Auteur correspondant** : Email: nkolo.tolo@fmsb-uy1.cm ; Tel : +237694144681

RÉSUMÉ

Les cellulites cervico-faciales constituent un défi majeur en Afrique subsaharienne. Beaucoup estiment que ces infections ont des effets défavorables dans cette région, mais très peu d'études scientifiques existent pour le confirmer. Cette rareté de publications soulève une question importante : reflète-t-elle de véritables mauvais résultats cachés ou plutôt un manque de moyens pour mener des recherches ? Notre objectif était d'analyser le nombre d'études scientifiques publiées sur ces infections en Afrique subsaharienne et de vérifier s'il existe des biais dans ce qui est publié ou non. Nous avons effectué une analyse bibliométrique de 2010 à 2023. Nous avons cherché dans toutes les grandes bases de données scientifiques et avons appliqué des tests statistiques spécialisés pour détecter les biais de publication (tests d' Egger et de Begg).

Finalement, nous n'avons trouvé que 7 études portant sur 487 patients, répartis dans 6 pays. Cela représente 0,5 étude par an sur 13 années ! Les publications se concentrent principalement au Nigeria et au Mali, avec l'absence totale de l'Afrique australe et orientale. Les taux de mortalité rapportés varient de 4,4% à 20% avec une moyenne pondérée de 11,2%. Nos tests statistiques ne détectent aucun biais de publication significatif. En conclusion, la production scientifique est encore plus faible que prévue, mais les résultats cliniques restent dans des fourchettes acceptables. Le manque d'études reflète davantage un problème de capacité de recherche qu'un camouflage de mauvais résultats.

Mots-clés : cellulite cervico-faciale, Afrique subsaharienne, analyse bibliométrique, biais publication, capacité de recherche

Abstract

Cervico-facial cellulitis represents a major challenge in sub-Saharan Africa. Many assume that these infections have unfavorable outcomes in this region, but very few scientific studies exist to confirm this. This scarcity of publications raises an important question: does it reflect truly poor hidden outcomes or rather a lack of resources to conduct research? Our objective was to analyze how many scientific studies have been published on these infections in sub-Saharan Africa and verify whether biases exist in what is published or not. We conducted a bibliometric analysis from 2010 to 2023. We searched all major scientific databases and applied specialized statistical tests to detect publication bias (Egger's and Begg's tests). Ultimately, we identified only 7 studies involving 487 patients across 6 countries. This represents 0.5 studies per year over a 13-year period. Publications are primarily concentrated in Nigeria and Mali, with a notable absence in Southern and Eastern Africa. The reported mortality rates vary from 4.4% to 20% with a weighted average of 11.2%. Our statistical tests detect no significant publication bias. In conclusion, scientific production is even lower than expected, but clinical outcomes remain within acceptable ranges. The lack of studies reflects more of a research capacity problem than a cover-up of poor results.

Keywords: cervico-facial cellulitis, sub-Saharan Africa, bibliometric analysis, publication bias, research capacity

1. INTRODUCTION

Les cellulites cervico-faciales sont des infections graves qui touchent le cou et le visage. Elles peuvent rapidement devenir mortelles si elles bloquent les voies respiratoires ou provoquent une infection généralisée (Reynolds & Chow, 2007). En Afrique subsaharienne, ces infections représentent 13 à 15% des urgences dentaires, mais leur prise en charge est compliquée par le manque de moyens et la résistance croissante aux antibiotiques (Moyo et al., 2023).

Le contexte régional est préoccupant. L'Afrique subsaharienne subit de plein fouet le problème de la résistance aux antibiotiques, avec 250 000 décès par an qui y sont liés (Sartorius et al., 2024). En 2019, cette région avait le taux de mortalité le plus élevé au monde (27,3 pour 100 000 habitants) à cause de cette résistance (Murray et al., 2022). Logiquement, on pourrait s'attendre à ce que les infections graves aient de mauvais résultats dans cette région.

Pourtant, très peu d'études scientifiques documentent réellement ces résultats. Cette rareté pose une question fondamentale : reflète-t-elle de véritables mauvais résultats que l'on cache (biais de publication) ou plutôt un manque de moyens pour faire de la recherche dans des contextes difficiles ?

2. MÉTHODES

2.1 Type d'étude et justification

Nous avons mené une analyse bibliométrique transversale de la production scientifique sur les cellulites cervico-faciales en Afrique subsaharienne de 2010 à 2023. Cette méthode combine l'étude statistique des publications avec des tests spécialisés pour détecter les biais (Test d'Egger et de Begg) (Aria & Cuccurullo, 2017). Les tests d'Egger et de Begg sont des méthodes statistiques utilisées pour détecter les biais de publication : le test d'Egger évalue l'asymétrie du funnel plot par régression linéaire, tandis que le test de Begg utilise une corrélation de rangs.

Ces tests permettent de vérifier si des études aux résultats défavorables ont été systématiquement exclues de la littérature.

2.2 Stratégie de recherche

Nous avons effectué une recherche exhaustive dans les principales bases de données scientifiques : PubMed/MEDLINE, Cochrane Library, African Journals Online, la Bibliothèque mondiale de l'OMS et Google Scholar (janvier 2010 à décembre 2023). Nous avons utilisé des mots-clés combinant les termes "cellulites cervico-faciales », « infections odontogènes » et les noms des pays africains. Nous avons inclus les articles en anglais, français et portugais.

2.3 Critères de sélection

Inclusion : Études rapportant des résultats cliniques d'infections cervico-faciales d'origine dentaire chez au moins 10 patients en Afrique subsaharienne, avec des données chiffrées sur la mortalité et les complications, publiées entre 2010 et 2023.

Exclusion : Rapports de cas avec moins de 10 patients, infections non-dentaires, études portant uniquement sur les enfants, résumés sans données complètes, publications dupliquées.

2.4 Extraction des données et évaluation de la qualité

Deux chercheurs indépendants ont évalué chaque étude (accord très bon : $\kappa=0,91$).

Nous avons extrait de façon standardisée les caractéristiques des études, des populations et des résultats cliniques. La qualité méthodologique a été évaluée avec l'échelle Newcastle-Ottawa : score ≥ 7 = haute qualité, 5-6 = modérée, <5 = faible qualité.

2.5 Sélection des études

Notre recherche a identifié 623 références. Après suppression des doublons et évaluation, seulement 32 articles ont été lus en détail. Finalement, 7 études répondaient à nos critères avec un excellent accord entre évaluateurs ($\kappa=0,91$).

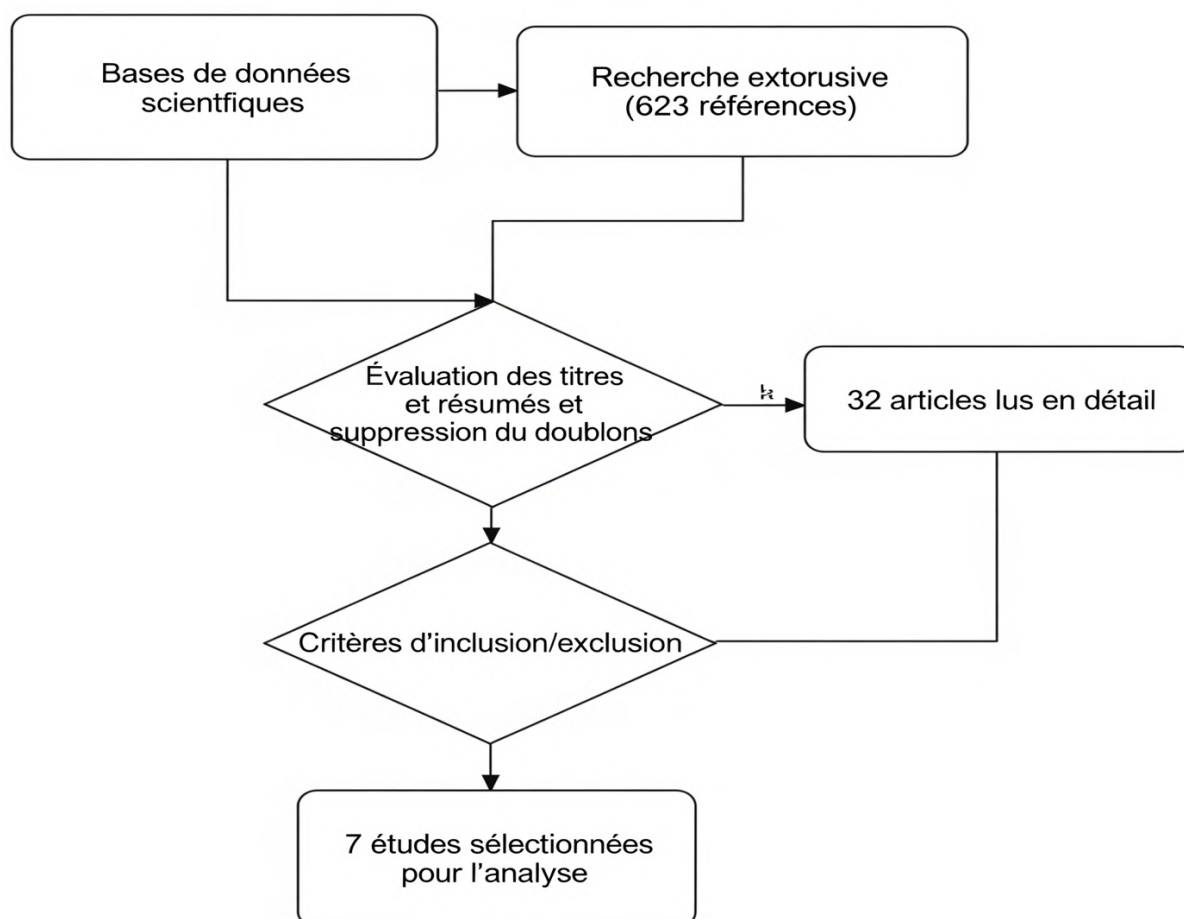


Figure 1 : diagramme de sélection des études

Source : Élaboré par les auteurs selon les directives PRISMA

Ce diagramme illustre le processus rigoureux de sélection ayant conduit à l'identification finale de seulement 7 études éligibles sur 623 références initialement identifiées, soulignant la rareté des publications sur le sujet en Afrique subsaharienne.

3. RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques des études

La répartition géographique révèle un déséquilibre frappant avec le Nigeria qui domine avec 57% des études, suivi par le Mali (29%) et le Cameroun (14%). L'Afrique de l'Est et l'Afrique australe sont complètement absentes de notre échantillon.

Tableau 1 : Caractéristiques des études incluses

Étude	Pays	Période	Patients (N)	Âge moyen	% Hommes	Mortalité (%)	Qualité*
Fomete 2015	Nigeria	2005-2012	77	31,4±15,2	59,7	5,2	Haute
Osunde 2012	Nigeria	2007-2010	82	32,8±18,3	65,9	4,9	Modérée
Akinbami 2010	Nigeria	2006-2009	89	29,6±12,7	58,4	4,5	Haute
Doumbia-Singare 2014	Mali	2011-2013	10**	23,0±4,8	0,0	20,0	Faible
Gyébré 2016	Burkina Faso	2012-2014	127	27,0±11,4	68,5	9,4	Modérée
Edouma Bohimbo 2021	Cameroun	2020-2021	45	32,6±14,8	44,4	4,4	Haute
Traore 2018***	Mali	2015-2017	57	28,4±13,1	61,4	17,5	Faible

Source : Données compilées par les auteurs à partir des études incluses dans l'analyse

*Selon l'échelle Newcastle-Ottawa

**Étude portant uniquement sur les femmes enceintes

***Données extrapolées d'une étude plus large

3.2 Analyse bibliométrique : une production scientifique très faible

Tableau 2 : Indicateurs bibliométriques révélant les gaps de recherche

Indicateur	Valeur	Interprétation
Production totale	7 études sur 14 ans	Extrêmement faible
Production moyenne	0,5 étude/an	Insuffisante
Couverture géographique	6 pays sur 48 (12,5%)	Très limitée
Coefficient de Gini géographique	0,82	Inégalité extrême
Concentration régionale	86% Afrique de l'Ouest	Très déséquilibrée

Source : Calculs des auteurs basés sur les données extraites des bases de données scientifiques

3.3 Résultats cliniques : des performances variables mais globalement acceptables

Tableau 3 : Synthèse des résultats cliniques rapportés

Résultat	Études (n)	Patients	Moyenne pondérée	Étendue	Comparaison internationale
Mortalité	7	487	11,2%	4,4-20,0%	Europe : 6,8%, USA : 7,2%
Succès thérapeutique	5	390	85,1%	80,0-95,6%	Standard international : 85-90%
Complications majeures	6	455	12,3%	4,4-18,2%	Acceptable
Durée séjour (jours)	7	487	14,8	9,2-21,4	Variable selon pays

Source : Synthèse des auteurs à partir des données rapportées dans les études incluses

Les résultats africains montrent une mortalité légèrement supérieure aux normes européennes et américaines, mais demeurent dans des fourchettes acceptables pour des pays à ressources limitées. L'exclusion de l'étude sur les femmes enceintes (mortalité 20%) améliore le taux moyen à 9,4%.

3.4 Tests de biais de publication

Nos tests statistiques spécialisés ne détectent aucun biais de publication significatif, mais la puissance est limitée par le petit nombre d'études : Test d'Egger : coefficient = 2,18, $p = 0,284$; Test de Begg : $\tau = 0,33$, $p = 0,524$; Analyse trim-and-fill : estime seulement 1-2 études potentiellement manquantes

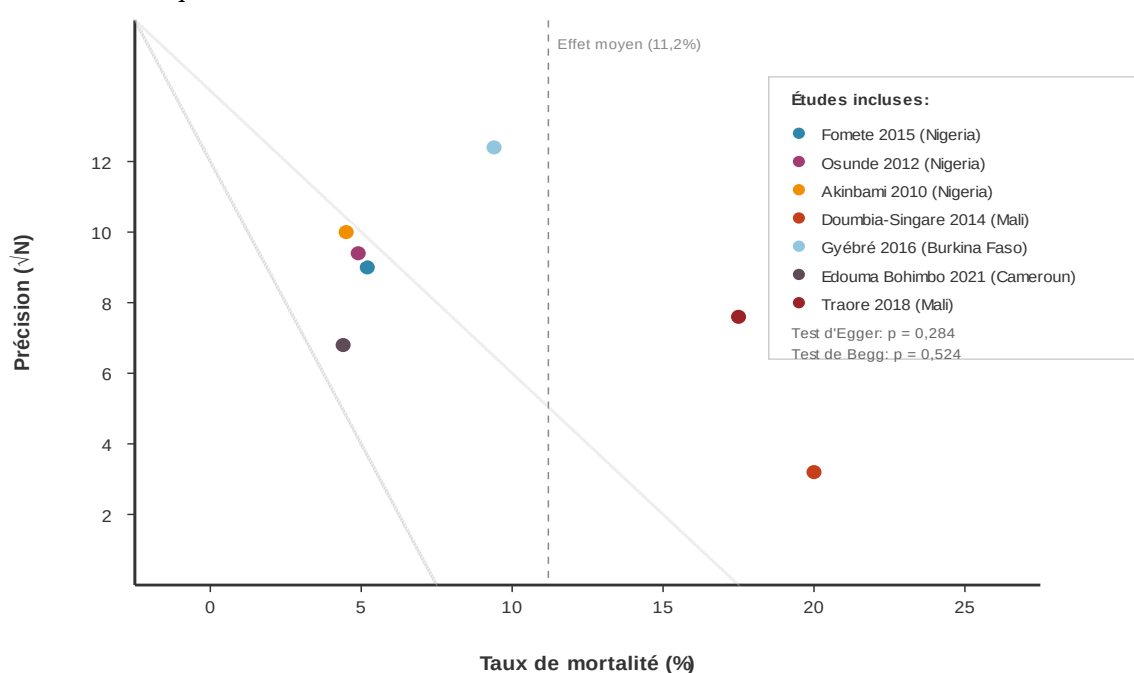


Figure 2 : funnel plot-Test de biais de publication
Source : Généré par les auteurs à l'aide du logiciel R (package meta)

Ces résultats suggèrent que les études disponibles sont représentatives, mais le petit nombre limite la fiabilité de ces tests.

3.5 Analyses de sensibilité

L'exclusion des études de faible qualité améliore légèrement les résultats (mortalité : 10,1%). L'exclusion de l'étude aberrante sur les femmes enceintes réduit significativement la mortalité moyenne à 9,4%. Cette stabilité relative renforce la validité des tendances observées.

4. DISCUSSION

4.1 Un silence scientifique encore plus profond

Cette analyse bibliométrique révèle une situation encore plus préoccupante que prévue : seulement **0,5 étude par an** sur les cellulites cervico-faciales en Afrique subsaharienne. Pour comparaison, l'Europe produit plus de 20 études par an sur le même sujet (Boscolo-Rizzo et al., 2012). Le coefficient de Gini de 0,82 témoigne d'une inégalité géographique extrême dans la production scientifique - supérieure aux inégalités économiques dans les pays les plus inégaux (Kanyika & Kim, 2025). Cette concentration traduit des disparités majeures dans les capacités de recherche régionales.

4.2 Des résultats cliniques acceptables malgré les contraintes

Contrairement aux suppositions pessimistes, les taux de mortalité rapportés (11,2% en moyenne) placent l'Afrique subsaharienne dans une fourchette acceptable, bien que légèrement supérieure aux standards occidentaux. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette performance : **Amélioration des soins** : Les protocoles thérapeutiques africains ont probablement progressé, avec un meilleur accès aux antibiotiques efficaces et une formation continue du personnel médical (Aiken et al., 2014).

Biais de sélection positif : Les études proviennent principalement de centres urbains de référence (Nigeria, Mali), sous-représentant potentiellement les cas les plus graves des zones rurales isolées.

Définitions variables : Les critères d'inclusion et de gravité peuvent différer entre contextes, rendant les comparaisons délicates.

4.3 Lacunes de capacité versus biais systématiques

Cette analyse confirme que les gaps observés reflètent principalement des limites structurelles plutôt que des biais de dissimulation. Les contraintes institutionnelles majeures constituent le premier obstacle, avec des budgets de recherche quasi-inexistants qui empêchent le développement d'une recherche de qualité. La charge clinique écrasante limite considérablement le temps que peuvent consacrer les praticiens à la recherche, tandis que les systèmes d'information hospitaliers demeurent rudimentaires et l'absence de réseaux collaboratifs régionaux isole les chercheurs.

Les barrières à la publication représentent un second niveau d'obstacles majeurs. Les coûts prohibitifs des revues internationales rendent l'accès à la publication difficile pour les chercheurs africains. Les difficultés linguistiques constituent un défi particulier pour les chercheurs francophones qui doivent publier en anglais, aggravées par le manque de formation en rédaction scientifique. L'isolement des chercheurs africains complète ce tableau en limitant les opportunités de collaboration et de mentorat.

4.4 Limites de notre étude

Cette étude présente trois limites principales : (1) le faible nombre d'études ($n=7$) limite la puissance statistique, (2) la couverture géographique est restreinte (6 pays sur 48), et (3) l'hétérogénéité méthodologique et le biais de concentration urbaine peuvent sous-représenter les zones rurales et les pays les plus pauvres.

5. CONCLUSION

Cette analyse bibliométrique révèle un profond silence scientifique. Malgré cette faible production scientifique, les résultats cliniques rapportés demeurent acceptables.

L'absence de biais de publication statistiquement détectable confirme que la rareté des études reflète principalement des limitations structurelles de capacité de recherche plutôt que la dissimulation systématique de mauvais résultats. Cette distinction fondamentale oriente les solutions vers le renforcement massif des infrastructures de recherche et des capacités institutionnelles. Nos résultats remettent en question les préjugés quant aux performances cliniques africaines et démontrent l'importance de distinguer les véritables biais des contraintes structurelles. L'Afrique subsaharienne peut obtenir des résultats cliniques acceptables même avec des ressources limitées, mais elle nécessite des investissements ciblés et urgents pour documenter et partager ses expériences avec la communauté scientifique mondiale.

La priorité absolue est de briser ce silence scientifique par un investissement massif dans les capacités de recherche régionales.

REMERCIEMENTS

L'auteur remercie tous les chercheurs africains dont les travaux ont rendu cette analyse possible, ainsi que Mme NDZIE NDZIE Antoinette Aimé Christiane pour les travaux statistiques.

DÉCLARATIONS

Financement

Cette recherche n'a bénéficié d'aucun financement spécifique provenant d'organismes publics, commerciaux ou à but non lucratif.

Disponibilité des données et matériels

Les données bibliométriques utilisées dans cette étude sont accessibles dans les bases de données publiques citées (PubMed, Scopus, Web of Science). Les données d'analyse détaillées sont disponibles auprès de l'auteur correspondant sur demande raisonnable et justifiée.

Contributions des auteurs

FDNT a conceptualisé l'étude, développé la méthodologie, effectué la collecte et l'analyse des données, interprété les résultats et rédigé l'intégralité du manuscrit.

CBM a relu le manuscrit de manière critique.

Considérations éthiques

Cette étude bibliométrique, basée exclusivement sur l'analyse de données déjà publiées et accessibles au public, ne nécessitait pas d'approbation par un comité d'éthique de la recherche, conformément aux directives internationales en vigueur.

Déclaration de conflits d'intérêts

L'auteur déclare sur l'honneur n'avoir aucun conflit d'intérêts financier, personnel, politique ou académique en relation avec les sujets abordés dans cette publication.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Reynolds SC, Chow AW. (2007). Life-threatening infections of the peripharyngeal and deep fascial spaces of the head and neck. *Infect Dis Clin North Am* 2007; 21(2):557-576.
- Moyo E, Mhango M, Moyo P, et al. (2023). Emerging infectious disease outbreaks in Sub-Saharan Africa: Learning from the past and present to be better prepared for future outbreaks. *Front Public Health* 2023; 11:1049986.
- Sartorius B, Gray AP, Weaver ND, et al. (2024). The burden of bacterial antimicrobial resistance in the WHO African region in 2019. *Lancet Glob Health* 2024; 12(2):e201-e216.
- Murray CJL, Ikuta KS, Sharara F, et al. (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet* 2022; 399(10325):629-655.
- Aria M, Cuccurullo C. (2017). bibliometrix: An R-tool for comprehensive science mapping analysis. *J Informetr* 2017; 11(4):959-975.
- Boscolo-Rizzo P, Stellin M, Muzzi E, et al. (2012). Deep neck infections: a study of 365 cases highlighting recommendations for management and treatment. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012; 269(4):1241-1249.
- Kanyika ME, Kim E. (2025). Continued struggle: The growth of Scopus-indexed journals in Africa over the last decade. *Journal of Librarianship and Information Science* 2025.
- Aiken AM, Mutuku IM, Sabat AJ, et al. (2014). Healthcare-associated infections in sub-Saharan Africa. *Clin Microbiol Infect* 2014; 20(7):595-601.

© 2025 NKOLO, 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 (2)

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

Received, 3 September 2025

Accepted, 2 December 2025

Published, 24 December 2025

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

To cite: Lompo, P. Y. et al. (2025). Émergence du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(2), 363-377.

<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.26>

Research

Émergence du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso

Emergence of the universal health insurance scheme in Burkina Faso

Yemboaro Pacôme LOMPO^{1*}, Bouma Fernand BATIONO², Fadima YAYA BOCOUM³

¹Doctorant, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso

²Département de sociologie, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso

³Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso

*Correspondant : pacome.lompo@ujkz.bf; Tel : +226 70631508

Résumé

Au Burkina Faso, l'accès aux soins de santé a longtemps constitué un défi, en particulier pour les populations les plus vulnérables. Depuis 2008, le pays a franchi une étape importante en lançant le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU), une initiative visant à élargir la couverture sanitaire. Cet article, s'appuyant sur les outils d'analyse des politiques publiques et une enquête de terrain, explore les facteurs ayant conduit à l'émergence de ce dispositif. L'étude repose sur des entretiens menés auprès d'acteurs issus de l'administration publique, de la société civile et des institutions partenaires, directement impliqués dans le processus. Ce corpus a été enrichi de données secondaires issues de l'analyse documentaire. Les résultats montrent que le régime d'assurance maladie universelle est né d'un constat largement partagé : la nécessité de mieux protéger les populations contre les risques de maladie, dans un contexte marqué par les inégalités sociales et la précarité économique. Cette initiative reflète également l'engagement du Burkina Faso à rejoindre le mouvement mondial pour la couverture santé universelle et le renforcement des systèmes de protection sociale.

Mots-clés : assurance maladie universelle, émergence des politiques, protection sociale, Burkina Faso

Abstract

In Burkina Faso, access to healthcare has long been a challenge, particularly for the most vulnerable populations. Since 2008, the country has taken significant steps by launching the Universal Health Insurance Scheme (RAMU), an initiative aimed at expanding health coverage. This article explores the factors that led to the emergence of this program. Drawing on public policy analysis tools and a field survey, this study was based on interviews conducted with key stakeholders from public administration, civil society, and partner institutions who were directly involved in the process. Primary data were supplemented with secondary data from documentary analysis. The results indicated that the universal health insurance scheme emerged from a widely shared observation : the need to better protect populations against health risks within the context of social inequality and economic insecurity. This program also reflects

Burkina Faso's commitment to the global movement toward universal health coverage and strengthening of social protection systems.

Keywords : universal health insurance, policy emergence, social protection, Burkina Faso

1. Introduction

Dans les pays d'Afrique subsaharienne, la question de l'accès équitable aux soins de santé demeure un enjeu structurel majeur au cœur des politiques publiques en matière de santé (Ridde, 2021). Les années post-ajustement structurel ont été marquées par une réduction importante des dépenses publiques de santé et un renforcement de la vulnérabilité sanitaire des populations (Hours, 2010). Cela s'est accompagné d'une domination persistante des paiements directs comme mode principal de financement des services de santé (Dujardin, Dujardin et Hermans, 2003 ; Preker et Velenyi, 2006). Comme l'affirmait Hours (2010) : « *Cet appel au paiement par les usagers instaure un prix de service, un marché de la santé, là où auparavant régnait la subvention étatique, la charité missionnaire...* ». Au Burkina Faso, ces paiements directs représentent jusqu'à 35% des dépenses de santé, bien au-delà des normes recommandées par l'OMS, qui situent ce seuil entre 15 et 20% (Bossyns et al., 2018). Ce contexte a favorisé l'apparition d'un débat national sur la nécessité de repenser les mécanismes de couverture du risque maladie, dans un pays où moins de 10% de la population bénéficient d'une protection sociale formelle en santé (Kadio, 2018).

Parallèlement, le débat international autour de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et la promotion des socles de protection sociale par les institutions internationales (OIT, 2012 ; Banque Mondiale, 2022) ont influencé les trajectoires nationales africaines en matière de politiques sociales (Devereux, 2013). Les changements de paradigme en matière de lutte contre la pauvreté, désormais orientés vers la construction de garanties de protection sociale pour tous, ont réintroduit la santé, comme un investissement stratégique dans les politiques publiques de développement (Muller, 2018). Ces reconfigurations globales constituent non seulement un cadre normatif, mais aussi un cadre de conditionnalité dans lequel se sont inscrits les États africains, dont le Burkina Faso, dans l'élaboration de leurs réformes sociales structurelles (De Sardan, 2021).

C'est dans ce contexte que, à partir de 2008, s'est amorcé au Burkina Faso le processus de construction du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). L'émergence de ce dispositif ne résulte pas seulement d'une accumulation d'indicateurs sanitaires préoccupants, mais aussi d'une rencontre entre plusieurs flux de problématisation, de solutions institutionnelles et d'opportunités politiques au sens de Kingdon (1995). Elle s'inscrit également dans un héritage historique où les initiatives communautaires et mutualistes ont tenté de pallier, de manière partielle, l'absence de protection sociale formelle (Kagambega, 2011).

Globalement, plusieurs recherches (Carrin et James, 2004 ; Carrin, James et Evans, 2005 ; Dussault, et al., 2006 ; Kagambega, 2011 ; ASMADE, 2012 ; Dupuis et Fagnani, 2018) ont abordé la problématique du développement des régimes d'assurance maladie universelle dans les pays africains sous l'angle des contraintes économiques, politiques et socio-culturelles. Cependant, cet article propose d'analyser les conditions et dynamiques qui ont concouru à

l'émergence du RAMU en tant que politique publique de protection sociale en matière de santé au Burkina Faso. En mobilisant le cadre théorique de Kingdon (1995) sur la mise en agenda et le modèle de Garraud (1990) sur les logiques d'émergence des politiques publiques, l'étude a pour objectif de montrer comment une multiplicité de registres (socio-sanitaires, économiques, institutionnels et internationaux) s'est articulée pour produire un effet de convergence favorable à l'émergence du RAMU. L'article est bâti autour de la méthodologie et des résultats accompagnés de la discussion.

2. Matériaux et méthodes

Dans cette partie, comme l'a indiqué N'da (2015), nous expliquons les méthodes et les instruments utilisés pour la production des données.

2.1. Méthode utilisée

La démarche méthodologique adoptée dans la production de cette recherche est de nature qualitative. Cette option repose sur le fait que, pour une explication adéquate des phénomènes sociaux, la compréhension en amont des contextes multiples et changeants dans lesquels ces phénomènes se produisent ou se sont produits est nécessaire. Une politique publique est une construction fondée à la fois sur des aspects objectifs, notamment des preuves scientifiques, et sur des aspects subjectifs, par exemple une promesse de campagne électorale. Donc, l'émergence d'une politique publique constitue une « *réalité intersubjective* » (Berger et Luckmann, 2003, p. 3). L'approche qualitative, pertinente pour le courant de la sociologie compréhensive, permet d'analyser le processus d'émergence du régime d'assurance maladie universelle dans une perspective relativiste. Toutefois, certaines données quantitatives issues de l'analyse documentaire ont été mobilisées afin de fournir un aperçu quantitatif de l'évolution des indicateurs sanitaires et économiques au Burkina Faso au cours du processus d'émergence du RAMU.

2.2. Échantillonnage/échantillon

Les personnes interrogées sont des acteurs des structures, organismes et institutions étatiques et non étatiques impliqués dans le processus d'implantation du régime d'assurance maladie universelle. La sélection des acteurs interrogés s'est faite par choix raisonné en fonction de leur niveau d'implication dans le processus d'implantation du RAMU. Les critères de sélection étaient : être cadres de l'administration publique, membre d'une organisation de la société civile œuvrant pour la promotion de la protection sociale en santé ou fonctionnaire des institutions des Nations Unies. L'échantillon est constitué de 26 personnes, dont des cadres des structures et institutions étatiques ($n = 16$), des responsables des organisations de la société civile ($n = 6$) et des fonctionnaires des institutions des Nations Unies ($n = 4$).

2.3. Techniques et outils de collecte de données

Les enquêtes de terrain qui ont permis la constitution du matériau empirique ont été menées entre octobre 2022 et janvier 2023 dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Le corpus discursif a été recueilli en suivant, principalement la technique d'entretien individuel semi-directif. Progressivement et de boucle en boucle, comme l'a souligné Dumez (2025), nous avons réalisé 26 entretiens individuels semi-directifs. Ces entretiens ont été guidés par un ensemble de thématiques prédéterminées, mais ouvertes, axées sur la connaissance et la

perception des répondants des facteurs contribuant à l'émergence du RAMU. Pour une question de triangulation des sources de données afin de garantir leur validité et fiabilité, ce corpus empirique a été complété par des données secondaires sélectionnées en fonction de leur pertinence pour l'élaboration des politiques sanitaires au Burkina Faso, notamment les rapports périodiques des ministères chargés de la protection sociale et de la santé et les rapports d'activités des mutuelles sociales. De plus, nous avons exploité les sources médiatiques, telles que les médias sociaux et les presses en ligne, en particulier *Lefaso.net*. Les entrevues avec les enquêtés se sont déroulées principalement à leurs lieux de service sur rendez-vous. Tous les entretiens ont été réalisés après l'obtention du consentement.

2.4. Méthodes d'analyse des données

Après la transcription systématique des enregistrements audio des entretiens réalisés, le matériau textuel obtenu a été traité et analysé selon la technique d'analyse de contenu (Leray, 2008 ; Paillé et Mucchielli, 2016). Nous avons procédé à une analyse thématique à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives *NVivo 14*. Pour des raisons éthiques, avant l'importation des fichiers transcrits dans le logiciel, nous avons d'abord procédé à l'anonymisation de l'ensemble des fichiers en leur attribuant des codes alphanumériques. Ce sont ces codes qui sont utilisés pour la citation des verbatim dans le texte. Après l'importation des fichiers anonymes dans le logiciel, nous avons procédé à la création des thèmes et des sous-thèmes sur la base des objectifs de la recherche et des thématiques abordées au cours des enquêtes. Ce travail de thématisation a constitué l'opération centrale de cette technique d'analyse : « *la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche c'est-à-dire la problématique* » (P. Paillé et A. Mucchielli, 2016, p. 267). Le traitement ou l'encodage des données a donc été réalisé par thématique.

3. Résultats

Les résultats présentés dans cet article reposent à la fois sur des données empiriques et sur des données de seconde main. Les données secondaires ont été mobilisées en fonction de leur pertinence pour éclairer l'évolution du processus d'implantation du RAMU au Burkina Faso.

3.1. Présentation du système sanitaire burkinabè

De l'analyse documentaire, il ressort qu'un système de santé regroupe l'ensemble des activités ayant pour but de promouvoir, entretenir ou maintenir la santé. De ce fait, le système de santé prend en compte l'ensemble des activités des professionnels de la médecine conventionnelle et non conventionnelle (la médecine traditionnelle) ainsi que toutes les autres actions visant à offrir des soins de santé, promouvoir la santé et prévenir les maladies. Le système sanitaire du Burkina Faso repose sur deux niveaux d'organisation, à savoir : l'organisation administrative et l'organisation de l'offre de soins.

3.1.1. L'organisation administrative

Les résultats de notre étude montrent que l'organisation administrative du système de santé burkinabè est marquée essentiellement par l'élaboration des politiques sanitaires et du cadre juridique afin de réglementer et d'orienter la mise en œuvre des programmes de santé (Zerbo, 2016). En effet, elle est composée de trois niveaux : le niveau central, constitué des directions

et des structures centrales organisées autour du Cabinet du Ministre de la santé et du Secrétariat Général, est chargé de définir les orientations stratégiques et la gouvernance de la politique nationale de la santé.

Le niveau intermédiaire, représenté par les Directions régionales de la santé (DRS), est dirigé par le Directeur régional de santé. Les DRS appuient la coordination des différents programmes et la mise en œuvre des politiques nationales de santé au niveau régional. Elles étaient au nombre de 13 en 2008.

Le niveau périphérique représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles et plus décentralisées au niveau national. Ce niveau est dirigé par le médecin-chef du district. En 2008, il y avait 63 districts sanitaires dans le pays.

3.1.2. L'organisation de l'offre de soins

Quant à l'organisation de l'offre de soins, elle est structurée en trois (3) niveaux, sous forme de pyramide. Le premier niveau est composé de deux échelons, à savoir : le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) et le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Le CSPS est la structure sanitaire de base. En principe, un CSPS est constitué d'un dispensaire avec au moins 2 lits d'hospitalisation et d'une maternité avec au minimum 4 lits d'hospitalisation. En termes de personnel, le CSPS doit disposer d'au moins 4 agents de santé capables d'offrir des soins génériques et des soins de santé maternelle et infantile. En 2008, le Burkina Faso comptait 1 352 CSPS. Quant au CMA, il est le premier niveau de référence pour les formations sanitaires du district. Pour un fonctionnement minimal, le CMA doit disposer de services d'hospitalisation avec une capacité d'accueil de 40 à 60 lits. En 2008 il y avait 44 CMA au Burkina Faso.

Le deuxième niveau de la pyramide est le Centre hospitalier régional (CHR). Un CHR comporte, en principes, plusieurs services notamment, le service de Médecine avec 40 lits, le service de Pédiatrie avec 30 lits, le service de Gynéco obstétrique avec 30 lits, le service de Chirurgie avec 30 lits, le service de Maladies infectieuses avec 8 lits et le service de Santé mentale avec 2 lits. Le CHR est le niveau de référence et de recours aux CMA. En 2008, les CHR étaient 9 au Burkina Faso.

Le troisième et dernier niveau de la pyramide est le Centre hospitalier universitaire (CHU). Au Burkina Faso, le CHU reste le niveau le plus élevé de référence pour les soins spécialisés. Généralement, les CHU prennent en charge les patients dont les soins ne sont pas disponibles aux niveaux inférieurs de la pyramide. En 2008, on dénombrait 3 Centres hospitaliers universitaires.

Par ailleurs, il existe au Burkina Faso un nombre important de structures sanitaires privées. Ce sont essentiellement des établissements de soins hospitaliers et non hospitaliers. En plus de ces structures publiques et privées conventionnelles, on note aussi la présence de la médecine traditionnelle qui est reconnue depuis 1994 par la loi n°23/94/ADP du 19/05/94 portant code de la santé publique comme étant un maillon important du système de santé burkinabè.

3.2. Les indicateurs sanitaires et l'émergence du RAMU

Dans le processus d'émergence du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso, le contexte sanitaire du pays a joué un rôle déterminant. En effet, dans les années 2000 à 2014,

période durant laquelle l'idée de création du RAMU a émergé, les indicateurs de santé du pays n'étaient pas reluisants. Selon le Ministère de la santé (2008), entre 2005 et 2008, les infrastructures sanitaires ont connu une augmentation continue. Cela traduit l'effort des autorités politiques pour l'expansion de l'offre de soins de santé primaire. Sur cette période, le rayon moyen d'action théorique est passé de 8,19 à 7,51 km.

Cependant, ces acquis quantitatifs ne suffisent pas pour répondre au problème d'accessibilité. Le ratio d'habitants par structure de référence reste toujours élevé (CM/CMA autour de 200 000). Sur le plan épidémiologique, les progrès sont compromis par la persistance de certaines maladies. Le paludisme continue de dominer la morbidité avec une progression préoccupante des cas (de 1,86 million en 2006 à 3,44 millions en 2008). Le nombre de décès maternels demeure important (environ 350-380 par an) et invite à redoubler d'efforts dans le suivi des soins obstétricaux. Ce déficit épidémiologique a été accompagné par le poids du paiement direct supporté par les usagers, qui constitue une fragilité structurelle des systèmes sanitaires. À ce titre, un acteur interrogé a indiqué que la récurrence des pathologies et la barrière financière ont constitué un facteur déterminant pour l'émergence du RAMU-BF. C'est ce qui se traduit dans ses propos en ces termes :

Ce qu'il faut souligner, c'est d'abord la question des paiements directs des soins médicaux, qui était vraiment cruciale, car les chiffres se situaient entre 35 et 37 %, alors que, selon l'OMS, le taux de paiement direct devrait se situer entre 15 et 20 %. Donc, si nous dépassons les 30 %, cela devient problématique. La pauvreté était également présente, ce qui fait qu'on pouvait mourir faute de ressources pour se soigner. L'assurance maladie universelle est née dans ce contexte. L'objectif est de lever ces barrières financières pour améliorer de nombreux indicateurs, notamment l'espérance de vie, la mortalité infantile et maternelle, et de corriger les vulnérabilités liées à la maladie (NL, Homme, acteur politico-administratif, 03/04/2023).

Le discours montre les principaux problèmes liés au système de santé burkinabè ayant contribué à l'émergence du RAMU. Le taux élevé du paiement direct pour les soins médicaux, dépassant largement les recommandations de l'OMS, constitue une barrière majeure à l'accès aux soins de santé pour la population burkinabè. Cela a contribué à l'augmentation du taux de mortalité dans le pays. Cette situation illustre la nécessité d'une intervention structurelle afin de réduire les inégalités d'accès aux soins de santé de manière durable. En effet, l'idée de l'assurance maladie universelle se présente comme une solution politique et structurelle visant à surmonter ces barrières financières et à améliorer les indicateurs de santé essentiels, tels que l'espérance de vie et la mortalité maternelle et infantile.

3.3. Facteurs sociaux et l'émergence du RAMU

La création du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso s'est faite dans un contexte social spécifique. Au plan démographique, selon le recensement général de la population de 2006, le Burkina Faso comptait 14 017 262 habitants (RGPH, 2006). Selon la répartition de cette population par âge, les données de recensement indiquent que 46,4% avaient moins de 15 ans et 59,1% moins de 20 ans. Cette forte croissance de la frange de la population inactive nécessite un investissement social conséquent, notamment sur le plan sanitaire, afin d'entretenir et de développer ce levier potentiel en capital humain.

Cependant, depuis les indépendances, le système officiel de protection sociale en santé est déficient au Burkina Faso. Cette déficience, confrontée à un besoin exprimé par les populations

de se prémunir contre le risque maladie, a entraîné le développement d'initiatives publiques et privées au sein des communautés ou dans des entreprises en matière de protection sociale en santé. C'est ce qui justifie la publication du Faso.net du mercredi 19 février 2014 :

Au Burkina Faso, la couverture de la protection sociale s'étend sur moins de 10% de la population totale. Cette couverture concerne essentiellement les travailleurs du secteur formel public et privé. Le reste de la population avec une forte composante de personnes pauvres et vulnérables ne bénéficie d'aucune forme de protection sociale. Cette frange est constituée principalement des personnes des secteurs informel et rural. Pour faire face à leurs besoins de base, les ménages se sont organisés afin d'assurer eux-mêmes leur prise en charge sanitaire et éventuellement prendre en charge d'autres types de risques et événements sociaux. Ainsi de nombreuses organisations basées sur la solidarité, l'entraide et la démocratie ont été créées en vue d'assurer une forme de protection sociale aux populations non couvertes par le système formel de sécurité sociale. Les exemples les plus réussis de ces types d'organisations sont les mutuelles sociales (Publié par le Faso.net, mercredi 19 février 2014 à 00h33 min).

Ces initiatives solidaires de partage du risque maladie sont principalement connues sous le nom de mutuelles sociales. La majorité de ces mutuelles est confrontée à des problèmes de viabilité technique, financière et de gouvernance, comme l'illustre ce témoignage :

Quand vous prenez les mutuelles professionnelles, ce sont des grosses boîtes qui gèrent des gros sous. Alors que, les mutuelles sociales communautaires, on pivote tout simplement, parce que nous vivons sur la base des cotisations, lesquelles cotisations en termes de taux de cotisations, nous ne sommes pas à la hauteur des attentes (ZF, Homme, acteur de la société civile, 19/05/2023).

Les mutuelles sociales, comme initiatives communautaires de protection sociale contre le risque maladie, ont une faible capacité de mobilisation des ressources financières. Fonctionnant essentiellement grâce aux cotisations des membres, elles demeurent dans une situation de fragilité structurelle au Burkina Faso. Cela les rend vulnérables aux fluctuations économiques et à la faible capacité de paiement de leurs membres. Cette situation limite la capacité des mutuelles sociales à offrir une protection sociale adéquate à la population. En outre, les mutuelles sociales font également face à des pesanteurs sociales et culturelles qui constituent un obstacle à leur développement au Burkina Faso. Ces obstacles ne sont pas favorables à l'enracinement de la culture de la mutualité et des principes de prévoyance en matière d'assurance santé. C'est ce que traduit le discours de cet enquêté, acteur des organisations de la société civile.

Alors moi, je crois que par rapport à la situation socioculturelle, il faut dire qu'il y a une éducation préalable qui n'est pas faite. La culture de la mutualité n'est pas ancrée, nous sommes en train de vouloir aller dans le conformisme en disant que nous faisons de la mutualité pourtant il fallait commencer par éduquer les gens, les amener à adhérer et à faire confiance au système (SG, Homme, acteur de la société civile, 13/10/2023).

Les propos de cette personne montrent que la culture de la mutualité n'est pas profondément enracinée au Burkina Faso limitant ainsi l'adhésion des communautés à ces systèmes de protection sociale. Ce manque d'ancrage peut laisser entendre que les initiatives mutualistes communautaires actuelles au Burkina Faso restent relativement superficielles. En plus de ces initiatives communautaires, certaines entreprises ont développé des régimes médicaux sociaux pour offrir une protection sociale à leurs employés. C'est dans ce sens qu'un enquêté, en évoquant les facteurs qui ont concouru à l'émergence du RAMU en tant que politique publique de protection sociale en matière de santé, a relaté ceci :

L'autre aspect est que le besoin était bien présent, car, quand on observe les comportements des entreprises et des travailleurs, on constatait clairement ce besoin. Ainsi, dans ces différentes entreprises, les produits d'assurance maladie étaient développés d'une manière ou d'une autre. Lorsque l'on se rend dans de nombreuses entreprises aujourd'hui, on constate que des mécanismes existent pour la couverture santé. Aujourd'hui, si l'on prend le dernier inventaire des mutuelles sociales, nous comptons plus d'une centaine de mutuelles sur le territoire national. Cela prouve que le besoin existe, et donc, ceux qui n'ont pas eu la chance d'accéder à ces initiatives ne sont pas couverts et ne bénéficient d'aucune protection sociale en santé. À un moment donné, il a semblé judicieux de tout fédérer afin que ceux qui n'en bénéficient pas puissent également en profiter. (SAB, Homme, acteur des ONG internationales, 18/01/2024).

Au regard de ces éléments, on peut affirmer que le besoin d'un système global et viable de protection sociale en santé était effectivement présent au Burkina Faso. Ce constat a également constitué un facteur déterminant à l'inscription du régime d'assurance maladie universelle sur l'agenda politique.

3.4. Facteurs économiques et l'émergence du RAMU

La connaissance des caractéristiques économiques d'un pays est fondamentale pour l'adoption des politiques, projets et programmes visant à améliorer leur qualité de vie, notamment en leur apportant une protection sociale adéquate. La structure économique du Burkina Faso reste toujours déficitaire. Elle est essentiellement basée sur les industries extractives, l'agriculture et le commerce. La situation macroéconomique du pays, malgré la crise sécuritaire et socio-politique enclenchée depuis plus de 7 ans, s'est montrée résiliente. Son Produit Intérieur Brut (PIB) est passé de 7 605,1 à 10 802,4 milliards de francs CFA, soit environ 3 197,3 milliards de francs CFA de richesses supplémentaires créées sur la période de 2016 à 2021 (UEMOA, 2022).

Concernant l'offre, en 2021, elle a été estimée au niveau du secteur secondaire à plus de 8,2% contre 5,8% en 2020 (Banque mondiale, 2022). Dans ce secteur, l'offre a été soutenue principalement par l'industrie manufacturière et les mines. Par contre, au niveau du secteur tertiaire, cette offre a été estimée à plus de 12,7% en 2021 contre 2,7% en 2020. Le secteur primaire, quant à lui, a affiché une croissance de 6,4% en 2021 contre 6,5% en 2020. Les causes du déficit de ce secteur sont, entre autres, la crise sécuritaire, qui a entraîné non seulement l'abandon des terres par les producteurs, mais aussi des destructions de cultures et des vols de bétail. Les faibles précipitations de 2021-2022 ont également impacté négativement la production agricole dans le pays (BAD, 2022). La production céréalière a chuté de 10% au Burkina Faso durant cette période.

En ce qui concerne la demande, on note une inflation de 3,9% en 2021 due à la hausse généralisée des prix des produits de première nécessité. Selon le rapport de l'UEMOA (2022), en 2020, les prêts non performants représentaient 7,8% de tous les prêts. En conséquence, le déficit budgétaire a reculé jusqu'à 5,6% du PIB en 2021 et devrait atteindre 5,9% en 2022 compte tenu de l'augmentation des dépenses (25,3% du PIB en 2021 contre 24,3% en 2020), notamment pour la masse salariale et les dépenses d'investissement. Pourtant, la croissance des recettes fiscales est restée faible (13,5% du PIB en 2020 et 15,5% en 2021). En 2021, le Burkina Faso a connu un risque de surendettement avec un ratio de dette publique d'environ 54,8% du PIB (UEMOA, 2022). Cependant, grâce à la valeur accrue des exportations d'or et de coton au cours des dernières années, le compte courant du pays, généralement déficitaire, est devenu

excédentaire à près de 3,8 % du PIB en 2020, 5,2% en 2021 et de 5,5% en 2022 (BAD, 2022). Selon la BCAO (2022), le solde de la balance des biens du Burkina Faso est devenu excédentaire à partir de 2018 jusqu'en 2021 grâce à la dynamique des activités du secteur minier : 161,1 milliards de FCFA en 2018 ; 214,3 milliards de FCFA en 2019 ; 765,5 milliards de FCFA en 2020 et 914,7 milliards de FCFA en 2021. Cependant, le taux d'inflation et d'investissement ont été estimés respectivement à 3,9% et 21,1% en 2021 contre 1,9% et 23,5% en 2020 (UEMOA, 2022).

Le taux de pauvreté quant à lui, a augmenté, passant de 37,1% en 2020 à 40,1% en 2021 (Banque mondiale, 2022). Le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD, 2022) révèle que le Burkina Faso a été classé 184^e sur 191 pays. Cela est largement imputable à l'avènement de la maladie à Covid-19 et à la situation sécuritaire. L'apparition de la Covid-19 au Burkina Faso a contraint le gouvernement à prendre des mesures drastiques et d'accompagnement en vue d'endiguer sa propagation dans le pays. La situation sécuritaire quant à elle, hormis son bilan macabre sans précédent, a provoqué le déplacement d'environ 2 millions des personnes à l'intérieur du pays.

La croissance économique est aujourd'hui fortement compromise par divers phénomènes sociopolitiques et économiques. L'instabilité socio-politique d'une part et la crise sécuritaire nationale et économique internationale d'autre part ne sont pas sans conséquence sur la sphère économique burkinabè (BAD, 2022). En 2020, dans la zone UEMOA, l'économie burkinabè occupait le troisième rang et le cinquième dans la CEDEAO. Avec un PIB estimé à 17, 047 milliards de USD pour une population d'environ 20 487 979 habitants (RGPH, 2019), le Burkina Faso relève depuis 2006 de la catégorie des Pays Pauvres et Très Endettés (PPTE), dont le PIB par habitant est estimé en 2020 à 768,8 USD contre 1 566,3 USD en Afrique subsaharienne. Les résultats de l'EHCVM (2018), basés sur un nouveau seuil de pauvreté (194 629 FCFA par personne et par an), indiquent qu'au Burkina Faso, l'incidence de la pauvreté est estimée à 41,4% en 2018 (Ministère de l'économie, des finances et de la prospective, 2021). Ce seuil est composé d'un seuil alimentaire de 102 686 FCFA et non alimentaire de 92 003 FCFA. Depuis 2013, le Burkina Faso est classé parmi les derniers pays au classement du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD, 2022).

3.5. Agenda mondial en matière de protection sociale et émergence du RAMU

La création d'une politique publique suppose l'existence d'un environnement légal et réglementaire favorable. Le processus d'émergence du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso s'est déroulé dans un contexte international favorable à la protection sociale en santé. L'interconnexion entre les agendas internationaux, régionaux et nationaux dans le domaine de la protection sociale a contribué à l'émergence du RAMU-BF. À ce propos, un enquêté, en parlant du contexte d'émergence du RAMU, a affirmé ceci :

Il faut dire que le Burkina Faso n'est pas un pays isolé. Il fait partie d'instances, de mécanismes et de regroupements internationaux où des encadrements sont mis en place. C'est une question d'agenda : l'agenda international influence naturellement l'agenda régional, qui influence à son tour l'agenda national (AB, Femme, Actrice de la société civile, 09/03/2023).

Le Burkina Faso, en tant que membre de la communauté internationale, est influencé par des agendas globaux et régionaux. En effet, les idées des politiques publiques au niveau national ne

sont pas élaborées en vase clos, mais résultent souvent de recommandations au niveau des institutions internationales. En effet, l'enquête de terrain révèle que l'obligation de l'État burkinabè de se conformer à l'agenda international en matière de protection sociale en santé a contribué à l'émergence du régime d'assurance maladie universelle. C'est ce que traduit en substance le discours de cet acteur :

Je ne pourrais pas dire avec exactitude comment le régime d'assurance maladie universelle est né, mais il y a deux axes majeurs à examiner. Le premier axe concerne les normes internationales. Le Burkina Faso, étant membre de l'Organisation internationale du travail, a signé un certain nombre de conventions internationales, notamment la Convention 102 de l'OIT, qui fixe un ensemble de prestations qu'un État doit assurer. Aujourd'hui, nous nous dirigeons vers ce qu'on appelle le socle de protection sociale, c'est-à-dire qu'il y a une prestation minimale qu'un individu doit pouvoir recevoir dans un pays, y compris la santé. Juridiquement, nous avons donc l'obligation d'aller vers ce socle de protection sociale en santé. La santé étant un des besoins les plus précieux, si un État parvient à couvrir sa population, il atteint un niveau acceptable de mise en œuvre de la norme et peut ainsi la ratifier. Il faut noter que le Burkina Faso n'a pas encore ratifié cette norme de la Convention 102 parce qu'il n'a pas encore pu offrir une couverture suffisante en santé à sa population. L'objectif de la création du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso était donc de respecter la Convention 102 de l'OIT [...] (SAB, Homme, acteur des ONG internationales, 18/01/2024).

Les propos de cet enquêté éclairent davantage sur l'origine et les motivations qui sous-tendent la création du RAMU-BF. Les normes internationales pour la protection sociale, en particulier celles de l'Organisation internationale du travail (OIT), ont joué un rôle déterminant dans le processus de définition des problèmes et de leur inscription sur l'agenda politique, notamment avec la convention 102 de l'OIT, qui fixe des standards en matière de protection sociale. Cela démontre que l'idée du RAMU-BF est en partie une réponse aux exigences juridiques découlant des engagements internationaux pris par le Burkina Faso. Outre la Convention 102 de l'OIT, sa Recommandation 202 sur les socles de protection sociale indique que les États membres doivent établir des socles de protection sociale comme élément fondamental de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale. Cette sécurité sociale doit s'étendre progressivement pour atteindre des niveaux plus élevés de sécurité sociale, assurant ainsi une meilleure couverture pour un maximum de personnes.

Au-delà de l'obligation pour le Burkina Faso de se conformer aux normes internationales de sécurité sociale, l'engagement du pays à inscrire le régime d'assurance maladie universelle sur l'agenda politique est aussi lié aux conditions de financement et d'assistance technique de ses partenaires techniques et financiers.

Sur l'agenda mondial, la protection sociale est désormais considérée comme une priorité globale. Les grandes institutions (le BIT, la Banque mondiale, l'OIT, etc.) en font une question de politique publique. Elles ont modifié le paradigme de la lutte contre la pauvreté, décidant de ne plus se focaliser uniquement sur le négatif. Il faut maintenant œuvrer pour offrir un minimum de conditions de vie décentes à chaque personne. Cela signifie qu'il faut promouvoir une protection sociale de base pour tous, permettant à chacun de bien se nourrir, de se soigner, et de se loger : une protection sociale minimum pour tous (AB, Femme, Actrice des OSC, 09/03/2023).

Au regard de ce changement de paradigme, des organisations internationales et des bailleurs de fonds, telles que la Banque mondiale, l'Union européenne et diverses agences de

développement bilatérales ont conditionné certains de leurs soutiens financiers et techniques au Burkina Faso à l'opérationnalisation de régimes d'assurance sociale.

Ces organisations demandaient à ce qu'on accélère l'adoption de la loi. Certains partenaires financiers en faisaient même une condition de leur financement. Lors de certaines de nos réunions sur le financement du RAMU, des financements étaient conditionnés à des étapes spécifiques de l'évolution du processus. Une de ces étapes était l'adoption de la loi : "si vous adoptez la loi, nous débloquerons tel montant". Et une fois la caisse créée, un autre montant serait débloqué. Je crois que c'était l'Union européenne qui était particulièrement impliquée dans cette démarche. La Banque mondiale également intervenait en finançant de nombreuses activités du comité de pilotage, ce qui a permis de travailler sur la loi jusqu'à son adoption (SA, Homme, Acteur politico-administratif, 19/01/2024).

Ces propos illustrent plusieurs dynamiques autour de l'émergence du RAMU-BF, notamment les conditions imposées par les partenaires financiers internationaux. En effet, le fait de conditionner leur financement à des étapes précises du processus législatif de la création du régime crée une relation de dépendance entre le financement externe et l'avancement interne du cadre juridique du régime. Cela montre manifestement que l'émergence de la politique du RAMU a été influencée, voire orientée, par les bailleurs de fonds internationaux. Ce constat semble indiquer que l'inscription du RAMU sur l'agenda politique répond davantage aux attentes des partenaires financiers qu'à une demande ou un consensus national.

4. Discussion

Les résultats montrent que l'émergence du régime d'assurance maladie universelle découle du constat de la nécessité d'offrir à tous les Burkinabè une protection contre les risques liés à la maladie dans un contexte marqué par des inégalités sociales et de précarité économique. Cela est d'une importance capitale pour augmenter le taux de fréquentation des centres de santé par la population, car la plupart des familles subsahariennes, dont le Burkina Faso se battent au quotidien pour trouver les moyens nécessaires pour se soigner (Ridde, 2021). Les ressources infrastructurelles et humaines peuvent être disponibles, mais rester sous utilisées en l'absence de réduction des barrières financières à l'accès aux soins de santé (Haddad et Fournier, 2006 ; Nguyen, Zombré, Ridde et De Allegri, 2021). Alors, c'est en conjuguant la disponibilité de l'offre de soins et la levée des barrières financières qu'on parvient à rendre les soins de santé accessibles pour la population.

L'émergence du régime d'assurance maladie universelle traduit également la volonté du Burkina Faso de s'inscrire dans la dynamique mondiale en faveur de la couverture santé universelle et du renforcement des systèmes de protection sociale. Comme le souligne Sane (2021, p. xi) : « *L'atteinte de la CSU exige la disponibilité d'une offre de soins de qualité, une levée des barrières financières dans l'accès aux soins de santé et une bonne gouvernance* ». En ce sens, étant un pays à faible revenu, le Burkina Faso s'appuie le plus souvent sur le financement extérieur. Cet accompagnement dans la création des politiques publiques de protection sociale en matière de santé prend souvent la forme de conditionnalités, ce qui suscite des questions sur la souveraineté des décisions nationales (De Sardan, 2021). Ces financements sont très souvent liés à la mise en œuvre de réformes spécifiques, parfois inopportunes et inadaptées aux réalités locales. Cela démontre que l'intervention des bailleurs internationaux ne se limite pas à fournir un simple soutien financier, mais en fait des acteurs influents dans la définition des calendriers et des priorités politiques, donc de « *modèles voyageurs* » (De Sardan,

2021). Le risque est que, lorsque les financements internationaux conditionnent les réformes, la marge de manœuvre des gouvernements peut être réduite, et les priorités locales peuvent être reléguées en second plan au profit des exigences des partenaires financiers. Certes, dans le cas du RAMU-BF, les conditions des institutions internationales ont contribué à l'inscription de la politique sur l'agenda politique et à faire avancer son cadre juridique, mais cette conditionnalité peut aussi conduire à une précipitation des réformes, sans un ancrage solide au niveau national ni une appropriation adéquate par les acteurs locaux, ce qui peut affecter négativement leur mise en œuvre, illustrant « *la revanche des contextes* » (De Sardan, 2021).

5. Conclusion

L'émergence du Régime d'Assurance Maladie Universelle au Burkina Faso résulte d'une conjonction de facteurs socio-sanitaires, économiques, politiques et internationaux. Les résultats montrent que la fragilité du système de santé, la vulnérabilité économique des populations et les incitations des organisations internationales ont pesé sur son inscription à l'agenda politique. Malgré la volonté affichée de renforcer la protection sociale en santé, la mise en œuvre de cette politique demeure limitée par le sous-financement du secteur, le faible enracinement culturel de la mutualité et la dépendance aux bailleurs de fonds internationaux. Ces constats soulèvent une question essentielle : le RAMU répond-il réellement aux besoins sanitaires des populations ou constitue-t-il avant tout un instrument d'alignement aux normes internationales ? Sur la base des résultats de l'étude, trois orientations prioritaires se dégagent : intégrer le RAMU dans une stratégie globale de renforcement du système de santé ; développer des actions d'éducation à la mutualité et à la prévoyance sociale et consolider les capacités techniques et organisationnelles des mutuelles sociales.

Cette étude comporte un certain nombre de limites. Sur plan de la méthodologie, l'exclusivité de la méthode qualitative peut présenter des biais potentiels, notamment dans le déroulement des entretiens, l'analyse et l'interprétation des données. Les résultats présentés pourraient avoir une extrapolation limitée au-delà du contexte burkinabè en raison de conditions sociopolitiques et économiques particulières.

Références bibliographiques

- Association Songui Manégré/ Aide au Développement Endogène [ASMAD]. (2012). *Mutualité et assurance maladie universelle au Burkina Faso : enjeux et défis*. <http://www.ongasmade.org/new/images/PDF/ouvrages/mutualitetasurancemaladieuniverselleauburkinafaso.pdf>
- Banque Mondiale, (2022). *Debt Service Suspension Initiative*. <https://www.worldbank.org/en/topic/debt/brief/covid-19-debt-service-suspension-initiative>
- BCAO, (2022). *Balances des paiements et position extérieure globales, Burkina Faso*.
- Berger, P. et Luckmann, T. (2003). *La construction sociale de la réalité*. Armand Colin.
- Bossyns, P., Ladriere, F. et Ridde, V. (2018). « Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique subsaharienne ; six ans d'expérience au Sénégal rural 2012-2017 ». *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 34, https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers19_06/010075821.pdf

- Bouirbiten, S., Salhi, S. et Benhsain, W., (2023). « Accès aux soins de santé ; freins, défis et exigences d'équité territoriale. Le cas de la province d'al Haouz, Maroc », *Geografares*, 37,
- Carrin, G., James, C. (2004). *Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : Problématiques conceptuelles clé durant la période de transition*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69019>
- Carrin, G., James, C. et Evans, D. (2005). *Achieving universal health coverage: developing financing system*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/106665/340519>
- De Sardan, J. P. O. (2021). *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà*. Paris, Karthala.
- Devereux, S. (2013). « Trajectories of social protection in Africa ». *Development Southern Africa*, 30(1), 13-23. <http://dx.doi.org/10.1080/0376835X.2013.755871>
- Dujardin, B., Dujardin, M. et Hermans, I. (2003). « Ajustement structurel, ajustement culturel ? ». *Santé Publique*, 4, 15, p. 503-513. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2003-4-page-503.htm>
- Dumez, H. (2025). *Méthodologie de la recherche qualitative. Toutes les questions clés de la démarche*. Magnard-Vuibert, 4^e édition.
- Dupuis, J.-P. et Fagnani, J. (2018). « Mise en place et développement des systèmes de protection sociale en Afrique : un état des lieux ». *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 5-12. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-1-pages-5.htm>
- Dussault, G., Fournier, P. et Letourmy, A. (Éds.). (2006). *L'Assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Banque Mondiale. Série : Santé, Nutrition et Population, N°37149.
- Garraud, P. (1990). « Politiques nationales : élaboration de l'agendas ». *L'Année sociologique (1940/1948)*, 40, 17-41. <https://www.jstor.org/stable/27890055>
- Groupe de la Banque africaines de développement, 2022, Rapport annuel 2022.
- Haddad, S. ; Nougara, A. and Fournier, P. (2006). « Learning from health system reforms : lessons from Burkina Faso », *Tropical Medecine and international Health*, 11(12), p. 1889-1897. doi:10.1111/j.1365-3156.2006.01748.x
- Hassenteufel, P. (2014). *Sociologie politique : l'action publique*, Armand Colin, 2e édition.
- Hours, B. (2010a). « La fin du développement et les bonnes œuvres globalisées. Humanitaire et ONG ». In Hours Bernard et Selim Monique (2010). *Anthropologie politique de la globalisation*, p.13-51. Paris : L'Harmattan
- Hours, B. (2010b). « La santé unique ». In Hours Bernard et Selim Monique (2010). *Anthropologie politique de la globalisation*, p. 55-63. Paris : L'Harmattan
- Institut National de la Statistique et de la Démographie [INSD] (2021). *Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages de (EHCVM) de 2018*. Rapport général. Burkina Faso
- Institut National de la Statistique et de la Démographie [INSD] (2024). *Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages de 2021. Diagnostic de la pauvreté en 2021*. Burkina Faso.

- Kadio, K. (2018). *Politique publique de protection sociale au Burkina Faso : vers une compréhension des logiques des acteurs de la mise en forme et de la mise en œuvre*. [Thèse de doctorat en sociologie, Université de Montréal]. <https://www.academia.edu/84632289/>
- Kagambéga, M. (2011). *L'Assurance maladie au Burkina Faso ; De la logique thérapeutique des acteurs sociaux à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires*. <https://www.theses.fr/2011BOR21807.pdf>
- Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. New York, Harper Collins, 2e édition.
- Leray, C. (2008). *L'analyse de contenu. De la théorie à la pratique : la méthode Morin-Chartier*. Presses de l'Université du Québec.
- Lompo, B. (2013). *Le faible recours aux soins de santé au Burkina Faso : le cas des femmes Yadsé dans la région Nord* [Thèse de doctorat en sociologie]. Université de Nantes.
- Ministère de la santé. (2009). *Annuaire statistique 2008*, Burkina Faso.
- Ministère de la santé. (2022a). *Annuaire statistique 2021*, Burkina Faso.
- Ministère de la santé. (2022b). *État de santé de la population du Burkina Faso*. Rapport 2021.
- Muller, P. (2018). *Les politiques publiques*, Paris, PUF.
- N'da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines. Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*. L'Harmattan.
- Nguyen, H. T. ; Zomre, D. ; Ridde, V. et De Allegri, M. (2021). « L'impact de la réduction et de la suppression des paiements directs sur la prestation de services au Burkina Faso ». RIDDE Valéry (éd.), *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne*, p. 553-572. Québec, édition Science et bien commun.
- OIT. (2012). *Recommandation (n°202) sur les socles de la protection sociale*. https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524
- OMS. (2000). *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68476>
- Paille, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin, 4e édition.
- PNUD. (2022). *Rapport sur le développement humain 2021/2022*. <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-02/hdr2021-22frpdf.pdf>
- Preker, A. et Velenyi, E. (2006). « Expansion des programmes gouvernementaux d'assurance maladie obligatoire en Afrique de l'Ouest. Possibilités et contraintes », In G. Dussault, P. Fournier, & A. Letourmy (Éds.). *L'Assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, p. 89-48, Banque Mondiale. Série : Santé, Nutrition et Population, N°37149. [World Bank Document](#)
- Recensement général de la population et de l'habitation [RGPH] de 2006.
- Recensement général de la population et de l'habitation [RGPH] de 2019.
- Ridde, V. (2021). « Les défis de la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne : permanence et échecs des instruments du New Public Management ». In, V. Ridde (Éd.) *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne*,

- p. 1-47. Éditions Science et Bien Commun.
<https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus>
- Sane, N. B. M. (2021). « préface ». In V. Ridde (Éd.), *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réforme en Afrique subsaharienne*, p. xi-xiv. Édition Science et bien commun.
<https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/>
- Thoenig, J-C. (2008). « Politiques publiques et cycles de vie. Le bébé et l'eau du bain. », *Politiques et management public*, 6, 3, p. 57-76.
- UEMOA. (2022). « Note d'information, Burkina Faso ». *Revue qualité par Deloitte*.
<http://www.umoatitres.org/>
- Zerbo, R. (2016). *Une anthropologie de la décentralisation du système de santé au Burkina Faso*. Presses Universitaires de Ouagadougou.

© 2025 NKOLO, 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 (2)

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

Received, 7 September 2025

Accepted, 22 December 2025

Published, 29 December 2025

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

To cite: Pogorowa, J. (2025). Stratégies de légitimation des mouvements kémites à Ouagadougou. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 378-391. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.27>

Research

Stratégies de légitimation des mouvements kémites à Ouagadougou

Legitimation Strategies of Kemetic Movements in Ouagadougou

Jérémie POGOROWA

Département de Philosophie, Faculté des Langues, Lettres, Art, Sciences Humaines et Sociales (FLASHS), Université Saint Thomas d'Aquin (USTA)-Ouagadougou, Burkina Faso

Correspondance : email : pogorowa.jp@gmail.com : tel : (00226) 70302500

Résumé

Cette étude s'inscrit dans le contexte du renouveau spirituel et culturel observé au Burkina Faso, marqué par l'essor du kemitisme à Ouagadougou. Ce courant, revendiquant une filiation avec l'Égypte antique, se présente comme une réponse à la quête identitaire et à la résistance symbolique face à l'occidentalisation. L'objectif principal est d'analyser les modalités de légitimation du kemitisme dans la capitale burkinabè, en mettant en lumière les stratégies discursives, rituelles et médiatiques mobilisées par ses acteurs, ainsi que les paradoxes internes qui en découlent. L'enquête, menée entre 2017 et 2024, repose sur une approche qualitative relevant de l'anthropologie des pratiques religieuses et politiques. Elle s'est déroulée en deux phases : la première centrée sur le mouvement étudiant « 2h pour nous, 2h pour Kamita », et la seconde élargie à d'autres organisations kémites. Les données ont été collectées principalement par l'observation participante, les entretiens semi-directifs et l'analyse médiatique, impliquant 28 informateurs issus des mouvements « 2h pour nous, 2h pour Kamita » et de LEGRATA (Le Grand Retour de l'Afrique sur la Terre de ses Ancêtres). Les résultats révèlent que la légitimation du kemitisme s'appuie sur des pratiques rituelles (*djibôn*), des alliances avec des médiateurs traditionnels (*dozos*) et une forte mobilisation des réseaux sociaux. Toutefois, ces stratégies génèrent des tensions : dépendance rituelle à l'égard d'acteurs externes, contradictions entre l'orthodoxie spirituelle et la quête de visibilité publique. L'étude montre ainsi que la construction de la légitimité kémite, tout en renforçant la reconnaissance sociale, expose le mouvement à des dynamiques paradoxales de délégitimation.

Mots-clés : Kemitisme, Ouagadougou, afrocentricité, Légitimité spirituelle, *djibôn*, *dozos*.

Abstract

This study is situated within the context of the spiritual and cultural revival observed in Burkina Faso, marked by the rise of Kemetism in Ouagadougou. This movement, which claims a lineage with ancient Egypt, emerges as both a response to identity quests and a form of symbolic resistance to Westernization. The main objective is to analyze the processes through which Kemetism gains legitimacy in the Burkinabè capital, by examining the discursive, ritual, and media strategies employed by its actors, as well as the internal paradoxes that arise from them. The research, conducted between 2017 and 2024, adopts a qualitative approach grounded in the anthropology of religious and political practices. It unfolded in two phases: the first focused on the student movement “2h pour nous, 2h pour Kamita”, and the second extended to other Kemetist organizations. Data were collected primarily through participant observation, semi-structured interviews, and media analysis, involving 28 informants, mainly from the movements “2h pour nous, 2h pour Kamita” and LEGRATA (Le Grand Retour de l’Afrique sur la Terre de ses Ancêtres). Findings reveal that the legitimation of Kemetism relies on ritual practices (*djibôn*), alliances with traditional mediators (*dozos*), and a strong presence on social media. However, these strategies generate tensions, including ritual dependency on external actors and contradictions between spiritual orthodoxy and the pursuit of public visibility. The study thus shows that the construction of Kemetist legitimacy, while strengthening social recognition, simultaneously exposes the movement to paradoxical dynamics of delegitimization.

Keywords: Kemetism, Ouagadougou, Afrocentricity, Spiritual legitimacy, *djibôn*, *dozos*.

1. Introduction

Depuis quelques années, la société burkinabè est le théâtre d’un renouveau des mouvements prônant un retour aux valeurs spirituelles et culturelles africaines. Parmi ces courants, le kémétisme occupe une place singulière en se réclamant d’une filiation directe avec l’Égypte antique et en prônant la réhabilitation des traditions ancestrales africaines. À Ouagadougou, cette idéologie connaît un essor remarquable, notamment dans les milieux étudiants et intellectuels, où elle s’inscrit dans une dynamique de quête identitaire et de résistance symbolique à l’occidentalisation.

La littérature sur le kémétisme (C.-A. Diop, 1967 ; M.-K. Asante, 2003 ; T. Obenga, 2001) met en évidence trois registres de légitimité que revendiquent ces mouvements : historique, identitaire-politique et spirituel. La légitimité historique s’appuie sur la thèse de l’africanité de l’Égypte pharaonique, la légitimité identitaire-politique s’enracine dans une logique de renaissance culturelle postcoloniale, tandis que la légitimité spirituelle vise la revalorisation d’une religiosité africaine originelle centrée sur les ancêtres et la nature.

Les travaux de A. Mazama (2001 ; 2002 ; 2003) soulignent que ce retour à l’Égypte ancienne n’est pas qu’un simple projet symbolique : il s’inscrit dans une stratégie de reconstruction épistémologique et morale du sujet africain. L’afrocentricité, telle que théorisée par M.-K. Asante, reprise par A. Mazama, constitue ici une grille d’interprétation centrale. Elle postule la nécessité, pour les Africains, de redevenir les sujets de leur propre histoire, de leur

pensée et de leur spiritualité. Ainsi, le kemitisme apparaît comme une tentative de « recentrement » spirituel et intellectuel, répondant à la double aliénation coloniale et missionnaire (V.-Y. Mudimbe, 2021 ; J. Mokhoathi, 2024).

Cependant, malgré la richesse théorique de ces travaux, la littérature demeure centrée sur les fondements idéologiques du kemitisme, sans explorer suffisamment les pratiques concrètes de légitimation dans des contextes sociaux spécifiques. En particulier, les formes locales d'appropriation du kemitisme, les usages rituels, les médiations culturelles et les paradoxes internes liés à la quête de reconnaissance sociale restent peu documentés. C'est précisément cette lacune que cette étude propose de combler. En se focalisant sur le contexte ouagalais, elle apporte une contribution en analysant les stratégies discursives, rituelles et médiatiques des kemités, tout en mettant en lumière les tensions entre authenticité spirituelle et visibilité publique.

Dans le contexte ouagalais, cette quête de légitimité commence en 2018, à travers ce que l'on peut qualifier de « kemitisation » progressive du cadre « 2h pour nous, 2h pour l'Afrique », qui change de dénomination pour devenir « 2h pour nous, 2h pour Kamita », affirmant ainsi son identité kémite aux côtés d'autres mouvements émergents. Elle se renforce à partir de 2022 en prenant des formes concrètes : célébration annuelle du *djibôn*, rituel de libation en hommage aux ancêtres ; collaborations étroites avec les *dozos*, chasseurs traditionnels perçus comme détenteurs d'un savoir rituel authentique ; et mobilisation des réseaux sociaux pour diffuser une esthétique spirituelle. Ces pratiques traduisent la volonté des kemités de construire une religiosité africaine visible, cohérente et socialement reconnue.

Toutefois, ces démarches de légitimation révèlent des paradoxes internes. En recourant à des médiateurs extérieurs (comme les *dozos*) pour asseoir leur authenticité, les kemités risquent de fragiliser leur propre autonomie rituelle. De plus, la recherche de visibilité publique, notamment à travers les performances et les médias numériques, tend parfois à produire des tensions entre orthodoxie spirituelle et quête de reconnaissance sociale. Ces contradictions soulèvent la question de la cohérence interne du projet kémite et de la nature même de sa légitimité dans le contexte burkinabè contemporain.

Dès lors, la problématique de cette étude se formule ainsi : comment les stratégies discursives, rituelles et médiatiques des kemités de Ouagadougou participent-elles à la construction de leur légitimité spirituelle et sociale, et en quoi ces mêmes stratégies engendrent-elles des dynamiques paradoxales de délégitimation ?

L'hypothèse principale postule que les processus de légitimation mis en œuvre par les kemités reposent sur des mécanismes symboliques, discursifs et rituels qui, tout en visant la reconnaissance sociale, révèlent des tensions internes liées à la pluralité culturelle, à l'héritage religieux et au déficit d'autonomie rituelle.

L'objectif général de cette recherche est d'analyser les modalités de légitimation du kemitisme à Ouagadougou. Plus spécifiquement, il s'agit de :

- Identifier les stratégies discursives, rituelles et médiatiques mobilisées dans la quête de légitimité ;
- Examiner le rôle du *djibôn* et des *dozos* dans la construction symbolique et rituelle du kemitisme ;
- Mettre en évidence les contradictions entre les intentions de légitimation et les effets de délégitimation.

2. Matériels et Méthodes

2. 1. Cadre spatio-temporel de l'étude

Cette étude est née d'un constat relatif à l'émergence d'un mouvement panafricaniste dans l'espace universitaire et sociopolitique ouagalais : il s'agit d'un mouvement étudiant fondé en 2013, connu sous le nom de « 2h pour nous, 2h pour l'Afrique ». La genèse de ce mouvement s'inscrit dans un contexte sociopolitique tendu, ayant culminé avec l'insurrection populaire d'octobre 2014 au Burkina Faso. Notre première rencontre avec ce mouvement remonte à 2015, dans le cadre d'une enquête de terrain portant sur la politisation des mouvements étudiants au sein du campus de Ouagadougou. À l'origine, ce mouvement puisait son inspiration idéologique dans le panafricanisme de Cheikh Anta Diop, avant d'amorcer sa « kemitisation » autour de 2018 par un changement de nom : « 2h pour nous, 2h pour Kamita ». C'est à partir de cette période que s'est imposée l'idée d'initier une enquête de terrain dont l'objectif principal était de comprendre le kemitisme et ses manifestations à Ouagadougou.

L'étude a été menée à Ouagadougou, capitale politique et culturelle du Burkina Faso, où le kemitisme connaît depuis quelques années une visibilité croissante dans les milieux urbains, intellectuels et militants. Le choix de ce terrain s'explique par la concentration des principaux mouvements kemités dans la ville, la diversité des espaces d'expression publique (universités, centres culturels, places rituelles, plateformes médiatiques) et la présence de plusieurs acteurs influents engagés dans la promotion de l'idéologie kemitite.

L'enquête s'est déroulée sur une période longue, de 2017 à 2024, afin de saisir les transformations progressives du kemitisme à Ouagadougou. Cette temporalité étendue a permis de documenter deux moments essentiels du développement du mouvement. La première phase (2017-2020) a principalement porté sur le mouvement étudiant « 2h pour nous, 2h pour Kamita », dont l'implantation universitaire a constitué le point d'entrée du kemitisme dans la sphère publique. La seconde phase (2021–2024) s'est déroulée dans un contexte marqué par l'élargissement du mouvement à des organisations culturelles telles que LEGRATA (Le Grand Retour de l'Afrique sur la Terre de ses Ancêtres), *Faso Kudumdé*, *Maaya Blôn* et *Miirya*, et par la mise en place de pratiques rituelles collectives, notamment la célébration annuelle du *djibôn*.

La continuité de l'enquête sur sept ans a permis d'observer l'évolution des pratiques, l'intensification des rituels, le rôle croissant des médiations numériques et l'émergence de tensions internes liées à l'expansion du mouvement. Le cadre spatio-temporel retenu offre ainsi une compréhension dynamique du kemitisme ouagalais et de ses processus de légitimation dans un contexte social en transformation.

2. 2. *Approche méthodologique*

L'étude adopte une approche qualitative et compréhensive relevant de l'anthropologie des pratiques religieuses et politiques. Cette posture méthodologique vise à appréhender les significations que les acteurs kémites attribuent à leurs pratiques, à leurs engagements rituels, à leurs trajectoires militantes et à leurs stratégies de légitimation dans l'espace public. Elle repose sur l'idée que les phénomènes religieux et identitaires doivent être analysés à partir des expériences vécues, des interactions sociales et des dispositifs symboliques mobilisés par les participants.

L'option qualitative s'est imposée en raison de la nature émergente du kemitisme à Ouagadougou et de la nécessité de saisir ses formes locales d'appropriation à travers une immersion prolongée sur le terrain. Cette approche permet d'articuler l'analyse des discours, des pratiques rituelles et des représentations symboliques dans leur contexte social, facilitant ainsi la compréhension des logiques qui sous-tendent la quête d'authenticité et de reconnaissance des mouvements kémites.

L'enquête s'inscrit dans une démarche inductive : les catégories d'analyse n'ont pas été préétablies mais ont émergé progressivement au cours du terrain, à partir des observations, des récits des enquêtés et des supports numériques. Ce positionnement s'accorde avec la perspective ethnographique, qui privilégie l'attention au détail, la proximité avec les acteurs, la description dense des situations sociales et le va-et-vient constant entre données empiriques et conceptualisation.

En articulant immersion, écoute et analyse réflexive, l'approche méthodologique adoptée permet ainsi de saisir la complexité des dynamiques internes au kemitisme ouagalais et de comprendre comment ses acteurs construisent, disputent et mettent en scène leur légitimité spirituelle et sociale.

2. 3. *Techniques de collecte des données, population et échantillonnage*

La collecte des données s'est déroulée entre 2017 et 2024 selon une démarche qualitative compréhensive. L'enquête a permis de documenter l'évolution du kemitisme, de ses expressions idéologiques à ses pratiques rituelles et médiatiques. Trois techniques principales ont été mobilisées.

L'observation participante a constitué l'outil central, permettant de suivre les activités publiques et rituelles (*djibôn*, conférences, réunions internes) et d'appréhender les pratiques, les interactions et les significations symboliques associées au culte des ancêtres.

Les entretiens semi-directifs, menés auprès de vingt-huit enquêtés, ont permis de saisir les trajectoires individuelles, les motivations d'adhésion, les perceptions de l'ancestralité et les tensions internes liées à la diversité culturelle et rituelle des groupes.

L'analyse des supports médiatiques (publications Facebook, vidéos de Kamita TV, contenus numériques) a complété le dispositif en offrant accès aux stratégies de visibilité, aux discours publics et aux modes contemporains de légitimation.

La population d'étude est composée de membres et sympathisants des mouvements kémites. Elle inclut dix-huit acteurs du collectif « 2h pour nous, 2h pour Kamita », dix membres de l'association LEGRATA et plusieurs participants rituels issus d'organisations comme *Faso Kudumdé*, *Maaya Blôn* et *Miirya* observés lors de la célébration du *djibôn*. Cette diversité a

permis de couvrir différents registres d'engagement : idéologique, spirituel, communautaire et médiatique.

L'échantillonnage s'est appuyé sur une démarche progressive fondée sur la saturation théorique. Les premiers participants ont été rencontrés lors des observations, puis de nouveaux enquêtés ont été intégrés par effet « boule de neige », notamment des responsables associatifs, des officiants rituels, des jeunes militants et des acteurs engagés dans la médiatisation du mouvement. Ce processus a assuré la cohérence et la profondeur des données recueillies tout en reflétant la pluralité interne du kemitisme ouagalais.

2. 4. *Traitement, analyse des données et considérations éthiques*

L'analyse des données s'est inscrite dans une démarche qualitative inductive, privilégiant une compréhension fine des pratiques, des discours et des dynamiques sociales au sein des mouvements kémistes de Ouagadougou. Les matériaux collectés (observations participantes, entretiens semi-directifs, interactions informelles et corpus médiatiques numériques) ont été transcrits, anonymisés et organisés dans une base documentaire cohérente. Cette structuration a constitué le socle de l'analyse.

Le traitement des données a suivi les principes de l'analyse de contenu thématique (L. Bardin, 2007), adaptée ici au contexte ethnographique. Un codage ouvert a d'abord permis de dégager les unités de sens directement issues du terrain : pratiques rituelles, représentations de l'ancestralité, stratégies de visibilité publique, place des *dozos*, trajectoires militantes, mais aussi des tensions internes liées au pluralisme culturel et linguistique. Dans un second temps, le codage axial a regroupé ces éléments en ensembles thématiques plus larges, notamment : identité et ancestralité ; ritualité et légitimation ; médiation et autorité culturelle ; visibilité numérique ; diversité culturelle et tensions communautaires. Enfin, un codage thématique sélectif a permis d'identifier trois catégories centrales structurant l'analyse : la ritualisation comme mode de légitimation, l'appel aux *dozos* comme ressource d'authenticité, et la médiatisation comme vecteur de reconnaissance sociale.

L'analyse a reposé sur une triangulation continue entre les observations directes, les discours recueillis et les supports numériques. Cette triangulation a renforcé la crédibilité des résultats en permettant de confronter les pratiques rituelles observées, les récits des acteurs et la mise en scène médiatique du kemitisme. Elle a également mis en évidence les écarts entre l'intention spirituelle, la performance rituelle et la réception publique.

Le cheminement interprétatif s'est construit dans un va-et-vient constant entre le terrain, la codification et la conceptualisation. L'observation participante a révélé les dimensions performatives du *djibôn* et les enjeux de reconnaissance qui s'y jouent ; les entretiens ont éclairé les significations attribuées au culte des ancêtres, à l'afrocentricité et à la quête d'authenticité ; les supports numériques ont montré comment les acteurs utilisent la médiatisation pour construire leur légitimité. L'ensemble permet de comprendre que les stratégies de légitimation kémite produisent simultanément des effets de visibilité et des dynamiques paradoxales : dépendance à des médiateurs rituels externes, fragilisation de l'autonomie culturelle et tensions induites par la diversité culturelle des participants.

Enfin, sur le plan éthique, il convient de souligner que l'ensemble de cette recherche a été mené dans le respect des principes fondamentaux des sciences sociales. Les participants ont été informés des objectifs de l'étude ainsi que de son cadre strictement scientifique, et leur consentement éclairé a été obtenu oralement. Les noms réels des personnes interrogées ont été remplacés par des pseudonymes, parfois inventés ou inspirés de noms usuels. Ce choix méthodologique vise à préserver la dimension humaine des participants, plutôt qu'à recourir à des désignations impersonnelles telles que « participant ». Toutes les données sensibles ont été traitées de manière confidentielle, et les observations rituelles ont été réalisées dans le respect des normes symboliques des communautés concernées.

3. Résultats

3. 1. Mise en visibilité sociale du kemitisme à travers le *djibôn*

L'un des modes d'expression du kemitisme ouagalais, c'est-à-dire ce qui lui confère une visibilité sociale, réside dans la reproduction annuelle, publique et médiatisée du *djibôn* international. Ce rite, dont le nom en *dioula* signifie « répandre » ou « verser de l'eau », consiste à offrir un sacrifice en hommage aux ancêtres. Il est largement pratiqué dans les sociétés africaines attachées au culte des ancêtres, qui peut prendre des formes diverses, allant des rites privés aux cérémonies collectives de grande envergure (J. Bonhomme, 2008).

Le *djibôn* international, en tant que libation collective, est né en 2020 au Mali sous l'impulsion de l'association kémite *Maaya Blôn*. Depuis lors, il est répété chaque premier dimanche de juin par les kémites, à travers l'Afrique et dans sa diaspora. Par cette célébration, les promoteurs du retour aux sources ancestrales cherchent à mettre en lumière la dimension culturelle de leur lutte pour la valorisation des traditions africaines et des valeurs ancestrales. Plusieurs éléments constitutifs du rite, notamment sa dimension spatiale et temporelle, contribuent à lui conférer une visibilité sociale.

À l'occasion de la célébration du *djibôn* international, le 4 juin 2023 à Ouagadougou, Koumbia, l'un des responsables de l'association culturelle *Faso Kudumde* a souligné l'importance du lieu consacré au rituel. Il a indiqué que la cérémonie de libation collective devait se dérouler dans un espace naturel, public et paisible, tel qu'un cours d'eau, une forêt ou un bois sacré, afin de préserver la neutralité et la solennité du rite. Ainsi, à Ouagadougou, le *djibôn* est célébré sur les rives du barrage de Tanghin, mettant en exergue l'eau et la terre, éléments symboliques de la spiritualité ancestrale.

À cette identification spatiale s'ajoute une dimension temporelle. Le *djibôn* a lieu chaque année au début de la saison pluvieuse, ce qui est significatif quant à la finalité du rite. C'est l'explication donnée par Bala, 35 ans, l'un des membres fondateurs du mouvement « 2h pour nous, 2h pour Kamita » et doctorant en études culturelles africaines à l'université Joseph Ki-Zerbo : « *Chaque étape de la saison pluvieuse marque le commencement d'un nouveau cycle. C'est à ce moment que l'on accomplit des bénédictions et des incantations en l'honneur des ancêtres, afin de solliciter leur aide pour que la saison soit abondante* »¹. L'accomplissement du rite est ainsi censé favoriser une pluie abondante, perçue comme une

¹ Entretien réalisé avec Bala le 14 mars 2024 à Ouagadougou.

bénédictio et une manifestation de la bienveillance des ancêtres. Le choix du premier dimanche de juin, bien qu'arbitraire, revêt une portée symbolique pour les entrepreneurs du culte. L'action rituelle, accomplie simultanément (entre 9h et 10h GMT) à travers l'Afrique et sa diaspora, vise à exprimer l'unité communautaire des kémities.

Le processus de légitimation de kémities apparaît également dans la réappropriation des figures panafricanistes considérées comme « ancêtres méritants ». Les kémities établissent un parallèle entre les ancêtres de lignage et les figures panafricanistes telles que Kwamé N'Krumah, Cheikh Anta Diop et Thomas Sankara. Ces figures sont désignées comme « ancêtres méritants », incarnant la résistance identitaire et l'autorité fondatrice. « *Ces panafricanistes purs et durs, nous les considérons comme des ancêtres méritants* »², affirme Yirsob, 48 ans, l'un des membres fondateurs de l'association LEGRATA. Leur ancestralité est valorisée pour leur engagement en faveur de l'unité et de l'identité africaine.

3. 2. Recours aux dozos comme garants rituels du djibôn

Les kémities tendent à considérer comme sympathisant, voire militant de leur mouvement, toute personne pratiquant le culte des ancêtres. Ainsi, lors du *djibôn*, ils associent à leur démarche tout groupe ou individu pratiquant ou défendant ce culte. Cette extension de la mouvance kémite s'opère même lorsque les intéressés ignorent tout du kémitisme. Selon un rapport de la Division de l'Information, de la Documentation et des Recherches, un organe de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides, cette tendance à élargir l'attribution du qualificatif « kémite » est également observable chez les kémities maliens, pour qui « le kémitisme n'est rien d'autre que la véritable religion africaine, ce qui permet de considérer comme kamite toute personne pratiquant les rituels » (2023, p. 4). Cette extension identitaire permet aux kémities de légitimer leur démarche en s'appuyant sur des pratiques ancestrales déjà existantes.

Dans cette logique, les kémities ouagalais, souvent issus de milieux intellectuels et urbains, font appel aux *dozos* pour assurer la sacralité du *djibôn*. Les *dozos*, chasseurs traditionnels, sont reconnus pour leur maîtrise des rites ancestraux, contrairement aux kémities qui peuvent manquer de formation rituelle. Les *dozos* ne sont pas kémities mais incarnent une continuité culturelle non interrompue. Leur participation au *djibôn* renforce la crédibilité de l'événement et lui confère une valeur symbolique forte. Wendsida, 30 ans, l'un des membres de l'association LEGRATA, est devenu adepte du culte des ancêtres après avoir renié sa foi catholique. Il explique l'importance du recours aux *dozos* pour garantir l'efficacité symbolique du rite : « *Tout le monde n'est pas habilité à accomplir le sacrifice : il faut être initié. Si tu le fais et que tu prononces mal les incantations, tu risques même de te maudire sans t'en rendre compte* »³. Ce témoignage souligne que le rite doit être accompli dans le respect du sacré et de la mémoire des ancêtres.

La cérémonie du *djibôn* met ainsi en lumière les *dozos*, qui se positionnent comme maîtres religieux de l'action rituelle. Wendsida, participant aux éditions 2022 et 2023 du *djibôn*, fait remarquer que « *ce sont surtout les dozos qui se mettent en avant. On a donc l'impression*

² Entretien réalisé avec Yirsob le 16 mars 2024 à Ouagadougou.

³ Entretien réalisé avec Wendsida le 3 janvier 2024 à Ouagadougou

qu'il ne s'agit plus de kémitisme, car ils reproduisent tout à la manière des dozozos »⁴. Selon notre propre observation lors du *djibôn* international de 2023, il s'agit bel et bien d'une véritable mise en scène des griots *dozozos*, chantant les louanges de leurs ancêtres chasseurs et avançant, au son de la kora, d'un pas rythmé de danse, ce qui confère à l'événement un caractère solennel.

À cette occasion émerge également la figure de Konomba, fervent défenseur des traditions ancestrales et parrain de l'événement. Consacré « Trésor humain vivant » en 2015 par l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), il fait partie des personnalités culturelles dont les savoirs et savoir-faire traditionnels constituent le patrimoine culturel immatériel de l'humanité. Fort de cette reconnaissance, il semble engagé dans une stratégie de visibilité médiatique, cultivant le mystère autour de sa personne. Lors de l'émission « Sur la brèche » de la RTB (Radiodiffusion Télévision du Burkina), diffusée, le dimanche 18 juin 2023, il affirme tenir son prénom du *konon*, fétiche de son père dont il serait la réincarnation. À cet ancrage traditionnel s'ajoute son profil d'écrivain et de musicien, faisant de lui une figure de référence en matière culturelle et un promoteur du culte des ancêtres. Sa présence parmi les kémites contribue sans doute à la légitimation et à la crédibilisation de leur entreprise rituelle. Elle permet aux kémites d'ancrer leur démarche dans une continuité culturelle reconnue.

3. 3. Les tensions identitaires liées au métissage culturel et linguistique

En principe, toute action rituelle se veut signifiante pour les participants, si elle veut atteindre un certain niveau d'efficacité symbolique. L'ensemble des symboles employés dans la célébration du *djibôn* vise à faire sens pour les participants. Mais le déroulement du rite ne semble pas garantir l'interaction entre les actions symboliques posées (paroles et gestes) et les participants à la cérémonie. L'effectivité de cet échange semble absente, dans la mesure où le *djibôn* se reproduit dans un contexte de métissage culturel.

Wendsida, issu du groupe ethnolinguistique *moaga*, critique la célébration du *djibôn*, qu'il juge inadaptée au contexte multiculturel des participants : « J'ai assisté une fois à leur sacrifice. C'était un mélange impossible : toutes les ethnies du Burkina y étaient représentées »⁵. L'expression « leur sacrifice » traduit une prise de distance à l'égard d'un événement censé fédérer la communauté kémite. Cette prise de distance illustre l'absence d'interaction entre le rituel et certains participants, ce qui compromet sa portée symbolique. Le rite, bien que censé fédérer, repose sur un modèle culturel spécifique, celui des *Dioula*, qui ne fait pas sens pour tous.

Issa, 32 ans, l'un des membres du mouvement « 2h pour nous, 2h pour Kamita », est actuellement professeur de lycée à Ouagadougou. Issu du groupe ethnolinguistique *bissa*, il rapporte que tout se fait en *dioula*, ce qui accroît la distance sociale et symbolique entre certains participants et l'action rituelle. Or, derrière le langage verbal et gestuel du rite se cache une signification symbolique à déchiffrer. Tout rite entend assurer une fonction communicative qui fait sens aux yeux des participants. La compréhension (qui n'est pas seulement rationnelle, mais aussi sensorielle) de l'action rituelle constitue un préalable à l'adhésion des participants.

⁴ Ibid.

⁵ Entretien réalisé avec Wendsida le 3 janvier 2024 à Ouagadougou

L'usage exclusif d'une langue et d'un modèle culturel limite donc l'efficacité du *djibôn* auprès d'une audience plurielle et multiculturelle.

La monopolisation culturelle par les *Dioula* a des effets d'exclusion. Dans un rituel censé fédérer, cette récupération conduit à l'institutionnalisation d'une pratique culturelle dominante, produisant un effet d'exclusion des groupes minoritaires. Issa rapporte que certains de ses camarades *Moose* et *Bissa* ne participent plus à la cérémonie en raison de sa monopolisation par les *Dioula*.

Ces témoignages de membres du mouvement kémite ont été corroborés par nos propres observations, menées lors de la célébration du *djibôn* en 2023, ainsi que par l'analyse des réactions contrastées recueillies sur les réseaux sociaux. L'ensemble de ces éléments met en évidence un déficit d'articulation entre le modèle culturel dominant, en l'occurrence le *dioula*, et la diversité des appartenances culturelles des participants à cette célébration.

3. 4. La médiatisation du kemitisme ouagalais : rituels, acteurs et visibilité numérique

À travers la mobilisation de pratiques rituelles et l'implication active des *dozos*, le kemitisme ouagalais cherche à consolider sa légitimité en s'appuyant sur une médiatisation accrue de ses activités. Cette stratégie communicationnelle agit comme un véritable amplificateur de visibilité, permettant à ce mouvement religieux et culturel de s'inscrire progressivement dans l'espace public. Les acteurs kémites recourent aussi bien aux médias classiques (radios, télévisions locales, presse écrite) qu'aux plateformes numériques (Kamita TV, les pages Facebook telles que « Communauté Kamite Burkina », « Kamita Yaar », « LEGRATA », « 2h pour nous, 2h pour Kamita », etc.). Ces dernières offrent aux acteurs kémites la possibilité de mettre en scène leurs discours, de rendre accessibles leurs rituels et de valoriser leurs événements. Ainsi, la médiatisation ne se limite pas à une simple retransmission : elle participe à la construction d'une reconnaissance sociale et symbolique. Par exemple, la diffusion médiatique du *djibôn* permet d'élargir l'audience au-delà du cercle des participants.

La médiatisation du kemitisme ouagalais, qu'elle soit classique ou numérique, apparaît comme une condition essentielle de sa légitimation et de son inscription dans l'espace public, en transformant des pratiques locales en événements publics, accessibles à une audience élargie et susceptibles d'influencer les représentations sociales de ce mouvement.

4. Discussion

4. 1. La légitimation du kemitisme : entre ritualité, authenticité et contraintes postcoloniales

Les résultats de l'enquête montrent que la légitimation du kemitisme repose principalement sur la mise en scène rituelle du *djibôn* et sur le recours à des symboles culturels partagés. En tant qu'espace de visibilité publique, cette cérémonie matérialise le « retour aux sources » prôné par les kémites et fonctionne comme une plateforme de reconnaissance identitaire. Cette logique performative rejoint la conception afrocentrique de M.-K. Asante (2003) et de A. Mazama (2001 ; 2002), selon laquelle la ritualisation constitue une stratégie de recentrage du sujet africain dans son propre univers symbolique. Toutefois, dans le contexte

burkinabè, cette performance identitaire se heurte à des contraintes structurelles qui en limitent la portée émancipatrice.

D'une part, l'association des *dozos* au rituel confère au *djibôn* une authenticité religieuse fondée sur l'autorité ancestrale. Cette alliance, perçue comme une tentative de « réancrage » dans la tradition africaine, rappelle l'exigence de continuité culturelle mise en avant par T. Obenga (2001). Cependant, cette même stratégie transfère l'autorité spirituelle hors du cercle kémitte, créant une forme de dépendance rituelle. P. Hountondji (1977) y verrait une expression du « paradigme de l'extraversion », où la légitimité se construit toujours par référence à une autorité externe, incarnée ici par les détenteurs du savoir culturel traditionnel, c'est-à-dire les *dozos*. Ainsi, la quête d'authenticité, en cherchant à s'ancrer dans une tradition reconnue, risque paradoxalement d'affaiblir l'autonomie rituelle du kémitisme.

D'autre part, la reproduction du rite dans un contexte multiculturel engendre des difficultés de communication symbolique. L'usage exclusif du *dioula* et la prédominance du modèle culturel mandingue limitent la participation des membres issus d'autres groupes ethnolinguistiques, entraînant une fragmentation identitaire. Ce constat résonne avec la critique de K. Prah (2017), selon laquelle la renaissance africaine ne saurait s'accomplir sans une prise en compte effective de la diversité linguistique et culturelle du continent. Là où A. Mazama (2003) prône une unification spirituelle afrocentrique autour des valeurs communes issues de *Kemet*, la réalité empirique montre que les pratiques kémittes se confrontent à la pluralité des héritages africains. Cette tension entre unité idéologique et diversité culturelle illustre la difficulté d'opérationnaliser l'afrocentricité dans un contexte social hétérogène.

Enfin, la transformation des figures panafricanistes en « ancêtres méritants » témoigne d'une tentative de spiritualisation du politique. En érigeant des panafricanistes tels que Cheikh Anta Diop ou Thomas Sankara au rang d'ancêtres symboliques, les kémittes recomposent les frontières entre sacré et politique. Ce processus rejoint l'idée formulée par V.-Y. Mudimbe (2021), selon laquelle la modernité africaine se définit par la reconfiguration du rapport au sacré à travers de nouvelles mythologies de la résistance. Toutefois, cette innovation idéologique se heurte aux critères traditionnels d'ancestralité, fondés sur l'ancrage lignager et territorial (D. Kohlhagen, 2000). La tension entre invention symbolique et authenticité culturelle traduit ici ce que A. Mbembe (2000) nomme la « postcolonie », c'est-à-dire un espace où les héritages du passé et les aspirations modernes coexistent dans un régime d'ambivalence.

En définitive, les stratégies de légitimation des kémittes s'apparentent à un champ de négociation identitaire, où la quête de visibilité et de cohérence spirituelle se confronte à la pluralité des références culturelles et à la persistance des hiérarchies symboliques. Si l'afrocentricité fournit un cadre émancipateur de réappropriation du sens, la pratique kémitte à Ouagadougou révèle, dans les faits, la complexité de toute reconstruction culturelle en contexte postcolonial. La légitimation kémitte apparaît ainsi comme un processus hybride, où la tradition se réinvente au prisme de la modernité, et où la recherche d'authenticité se heurte aux logiques sociales de reconnaissance et de pouvoir.

4. 2. Médiatisation et quête de légitimation du kémitisme : entre visibilité numérique et authenticité religieuse

La quête de légitimation du kemitisme s'appuie sur une stratégie de médiatisation des cérémonies rituelles, soigneusement orchestrée par les acteurs eux-mêmes. Chaque cérémonie devient ainsi un instrument de visibilité et de reconnaissance. Comme le montrent H. Campbell et P.-H. Cheong (2022), les pratiques religieuses contemporaines se déploient désormais dans des espaces hybrides, à la fois physiques et numériques, ce qui confère aux communautés une nouvelle légitimité sociale. Dans le même sens, G. Mouthé (2023) analyse comment les technologies de l'information et de la communication transforment la liturgie et les pratiques religieuses en Afrique, en soulignant que la diffusion numérique constitue un vecteur incontournable de reconnaissance et d'ancrage dans l'espace public.

Cependant, cette médiatisation peut fragiliser l'authenticité religieuse et exposer le kemitisme à des critiques de spectacularisation. F. Madore et P. Millet-Mouity (2017) rappellent que les acteurs religieux africains à l'ère du numérique doivent composer avec une tension entre visibilité et crédibilité, car la surmédiatisation risque de réduire la spiritualité à une performance sociale. De son côté, K. Pye (2017) souligne que la mise en ligne des rituels peut transformer la religion en objet de consommation culturelle, au risque de folklorisation.

La tension entre visibilité et authenticité montre que la médiatisation constitue à la fois un outil de légitimation et un risque de spectacularisation. En tout état de cause, la religiosité numérique ne doit pas être envisagée comme une rupture, mais plutôt comme une extension des pratiques traditionnelles, permettant aux communautés de négocier leur place dans un monde globalisé. Dès lors, la stratégie kémite associe rituels, symboles et communication numérique afin de consolider sa position dans le paysage religieux et identitaire contemporain, tout en affrontant les tensions inhérentes à la modernité médiatique.

5. Conclusion

En somme, l'analyse des stratégies discursives, rituelles et médiatiques des kemités de Ouagadougou met en évidence la complexité des processus de légitimation dans le contexte burkinabè contemporain. Loin de se réduire à une simple revendication identitaire, le kemitisme apparaît comme une entreprise de reconstruction spirituelle et culturelle, articulée autour de la réhabilitation des traditions ancestrales et de la quête d'une visibilité sociale. Les pratiques observées, à savoir la célébration du *djibôn*, le recours aux *dozos* et la mobilisation des réseaux sociaux, témoignent d'une volonté de donner corps à une religiosité africaine cohérente et reconnue.

Cependant, ces mêmes démarches révèlent des paradoxes internes : la dépendance à des médiateurs extérieurs fragilise l'autonomie rituelle, tandis que la recherche de reconnaissance publique engendre des tensions entre l'orthodoxie spirituelle et l'adaptation médiatique. Ces contradictions montrent que la légitimité kémite demeure un processus en construction, traversé par des dynamiques de légitimation et de délégitimation simultanées.

Ainsi, cette étude contribue à combler une lacune de la littérature en mettant en lumière les formes locales d'appropriation du kemitisme et les enjeux concrets de sa visibilité sociale. Elle ouvre également des perspectives pour de futures recherches, notamment sur les interactions entre le kemitisme et d'autres mouvements spirituels africains, ainsi que sur les modalités de réception de cette idéologie au sein de différents segments de la société burkinabè.

Reconnaissance

Mes remerciements vont tout d'abord aux membres des mouvements kémites de Ouagadougou, en particulier ceux de « 2h pour nous, 2h pour Kamita » et de l'association LEGRATA, qui ont accepté de partager avec moi leurs expériences, leurs convictions et leurs parcours. Leur disponibilité, leur confiance et leur ouverture ont été essentielles à la compréhension du phénomène étudié.

Conflit d'intérêt

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêts lié à cet article.

Références bibliographiques

- Asante, Molefi Kete, (2003). *Afrocentricity: The Theory of Social Change*. Chicago : African American Images.
- Auque-Pallez, Ysé, (2022). « Libérer l'Afrique ou se libérer soi-même ? Mobilisations politiques et identitaires des militants panafricanistes afrocentriques en Île-de-France ». *Etudes de la Chaire Diasporas Africaines*, 2, p. 1-99.
- Bardin, Laurence, (2007). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.
- Bonhomme, Julien, (2008). « Les morts ne sont pas morts ». In Cros, Michèle et Bonhomme, Julien, *Déjouer la mort en Afrique. Or, orphelins, fantômes, trophées et fétiches* (p. 159-168). Paris : Editions L'Harmattan.
- Campbell, Heidi et Cheong, Pauline Hope, (2022). *The Oxford Handbook of Digital Religion*. Oxford : Oxford University Press.
- Diop, Cheikh Anta, (1967). *Antériorité des civilisations nègres : Mythe ou réalité historique ?* Paris : Présence Africaine.
- Division de l'Information, de la Documentation et des Recherches/Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides, (2023). *Mali : Le mouvement kamite*. https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/ofpra_flora/2304_mli_le_mouvement_kamite_159050_web.pdf
- Hountondji, Paulin, (1977). *Sur la philosophie africaine : critique de l'ethnophilosophie*. Paris : F. Maspero.
- Kohlhagen, Dominik, (2000). *Les ancêtres dans la pensée juridique africaine. Etude appliquée aux sociétés du Golfe du Bénin*. Mémoire de DEA en Anthropologie Juridique et Politique à l'université de Paris 1, Panthéon-Sorbonne. <http://www.dhdi.free.fr/recherches/etudesdiverses/memoires/kohlhagenmemoir.pdf>
- Madore, Frédéric et Millet-Mouity, Pamela, (2017). « Les acteurs religieux africains à l'ère du numérique ». *Émulations*, 24, Louvain-la-Neuve : Presses universitaires de Louvain.
- Mazama, Ama, (2001). « The Afrocentric paradigm: Contours and definitions ». *Journal of black studies*, 31 (4), p. 387-405. <https://doi.org/10.1177/002193470103100401>
- Mazama, Ama, (2002). « Afrocentricity and African Spirituality ». *Journal of Black Studies*, 33 (2), p. 218-234. <https://doi.org/10.1177/002193402237226>
- Mazama, Ama, (2003). *L'impératif afrocentrique*. Paris : Menaibuc.
- Mbembe, Achille, (2000). *De la postcolonie: Essai sur l'imagination politique dans l'Afrique contemporaine*. Paris: Editions Karthala.

- Mokhoathi, Joël, (2024). « Neo-Colonialism and the Emancipation of Indigenous Religions of Africa: Reconnoitring Reformist Possibilities ». *Religions*, 15 (872) <https://doi.org/10.3390/rel15070872>.
- Mouthé, Gildas, (2023). « TIC et mutations religieuses : une analyse de l'influence des pratiques en ligne sur la liturgie ». *Religiologiques*, 45, p. 245-264. DOI: <https://doi.org/10.7202/1113249ar>
- Mudimbe, Valentin- Yves, (2021). *L'invention de l'Afrique : gnose, philosophie et ordre de la connaissance* (Laurent Vannini, trad.). Paris : Présence africaine.
- Obenga, Théophile, (2001). *La philosophie africaine de la période pharaonique : 2780-330 avant notre ère*. Paris : L'Harmattan.
- Prah, Kwesi Kwaa, (2017). « The Centrality of the Language Question in the Decolonization of Education in Africa ». *Alternation*, 24 (2), p. 226-252. DOI: [10.29086/2519-5476/2017/v24n2a12](https://doi.org/10.29086/2519-5476/2017/v24n2a12)
- Pype, Katrien, (2017). « Pratiques religieuses africaines et médias numériques: Prolonger la réflexion ». *Emulations*, 24, p. 135-144. DOI : <https://doi.org/10.14428/emulations.024.009>

© 2025 POGOROWA, 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 (2)

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

Received, 27 September 2025

Accepted, 23 December 2025

Published, 29 December 2025

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

To cite: Yameogo, N.W. et al. (2025). Profil épidémiologique et clinique des enfants de moins de cinq ans décédés au Centre hospitalier universitaire de Tengandogo du 1er janvier au 31 décembre 2021, Ouagadougou, Burkina Faso. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 392-399. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.28>

Research

Profil épidémiologique et clinique des enfants de moins de cinq ans décédés au Centre hospitalier universitaire de Tengandogo du 1er janvier au 31 décembre 2021, Ouagadougou, Burkina Faso

Epidemiological and clinical profile of children under five who died at the Tengandogo University Hospital Center from January 1 to December 31, 2021, Ouagadougou, Burkina Faso

Wedminère Noëlie Zoungrana-Yameogo^{1*}, Moussa Some², Aristide Djiguidé⁴ Anthony Some¹ Lassina Dao³

¹Département de santé publique, Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo, Ouagadougou, Burkina Faso

²Département de santé publique, Université Joseph-Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

³Département Pool Mère-Enfant Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo, Ouagadougou, Burkina Faso

***Correspondance** : email : wnoelie@yahoo.fr, Telephone : +22660646007

Résumé

La mortalité infanto-juvénile (enfants âgés de moins de cinq ans) demeure un problème de santé publique, touchant des millions d'enfants chaque année. Selon les données de l'institut national de la statistique et de la démographie, le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans était estimé à 85 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2019 au Burkina Faso. Notre étude avait pour objectif de décrire le profil épidémiologique et clinique des enfants âgés de moins de cinq ans décédés au cours de leur hospitalisation au centre hospitalier universitaire de Tengandogo. Il s'est agi d'une étude descriptive allant du 1er janvier au 31 décembre 2021. Les informations ont été extraites à partir des registres et des dossiers médicaux. Des moyennes et des proportions ont été calculées. Au total, 202 enfants sont décédés, soit 18,91 % (202 décès sur 1068 hospitalisés). Les nouveau-nés représentaient 70,16 % des décès. La sex-ratio était de 1,44 (107 garçons pour 74 filles). Les enfants décédés dans les 7 jours suivant leur naissance étaient au nombre de 105 (58,01 %), ceux âgés de 7 à 28 jours 22 (12,15 %), ceux de 29 jours à 1 an 31 (17,13%) et plus d'un an 33 (12,71%). Les principaux diagnostics retenus au moment du décès étaient les infections néonatales (60,22%), l'asphyxie à la naissance (47,51%) et les complications liées à la prématurité (30,29%). La mortalité infanto-juvénile reste toujours un défi à relever tant dans la prise en charge hospitalière que dans les mesures de prévention des infections, surtout néonatales.

Mots clés : Décès, enfants, moins de cinq ans, Ouagadougou, Burkina Faso

Abstract

Infant and child mortality (children under five years of age) remains a public health problem, affecting millions of children each year. According to data from the National Institute of Statistics and Demography, the mortality rate among children under five was estimated at 85 deaths per 1,000 live births in 2019 in Burkina Faso. The aim of our study was to describe the epidemiological and clinical profile of children under five who died during their hospitalization at the Tengandogo University Hospital Center. This study was descriptive, covering the period from January 1 to December 31, 2021. Information was extracted from registers and medical records. Averages and proportions were calculated. A total of 202 children died, representing 18.91% (202 deaths out of 1,068 hospitalized). Newborns accounted for 70.16% of deaths. The sex ratio was 1.44 (107 boys to 74 girls). A total of 105 children (58.01%) died within 7 days of birth, 22 (12.15%) between 7 and 28 days, 31 (17.13%) between 29 days and 1 year, and 33 (12.71%) over 1 year. The main diagnoses at the time of death were neonatal infections (60.22%), birth asphyxia (47.51%), and complications related to prematurity (30.29%). Infant and child mortality remains a challenge to be addressed both in hospital care and in measures to prevent infections, especially neonatal infections.

Keywords: Death, Children, under five years old, Ouagadougou, Burkina Faso

1. Introduction

La mortalité infanto-juvénile (mortalité des enfants de moins de cinq ans) demeure un problème de santé publique même si le taux est en baisse depuis 2000 (*UNIGME_2024_Child-Mortality-Report*, s. d.). Selon les statistiques du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), environ 4,8 millions d'enfants de moins de cinq ans sont décédés dans le monde en 2023, ce qui souligne l'ampleur de la mortalité infantile, en particulier dans les régions à faible revenu (*UNIGME_2024_Child-Mortality-Report*, s. d.). Le nombre de décès des enfants de moins de 5 ans est plus élevé en Asie du Sud et en Afrique Subsaharienne (*UNIGME_2024_Child-Mortality-Report*, s. d.). En 2023, le taux de mortalité en Afrique Subsaharienne était de 62 décès pour 1 000 naissances vivantes (« — SDG Indicators », s. d.). Au Burkina Faso, selon les données de l'Institut national de la statistique et de la démographie, le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans était estimé à 77 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2023 (« World Bank Open Data », s. d.). Les principales causes de cette mortalité comprennent les maladies infectieuses telles que la pneumonie, la diarrhée et le paludisme, ainsi que les complications néonatales. Ces facteurs illustrent non seulement les défis auxquels sont confrontées les infrastructures de santé dans le pays, mais aussi les déterminants socio-économiques qui aggravent ces conditions. Les conséquences de cette mortalité sont vastes, tant sur le plan individuel que sur le plan sociétal. Le décès d'un enfant a des répercussions profondes sur la famille, affectant notamment la santé mentale des parents et leur capacité à subvenir aux besoins de la famille. À l'échelle communautaire et nationale, une mortalité infantile élevée entraîne des pertes économiques et un ralentissement du développement social. Pour remédier à cette situation, des solutions diversifiées sont nécessaires. Les interventions doivent inclure l'amélioration de l'accès aux soins de santé, l'éducation des mères sur les pratiques de santé infantile, l'extension des programmes de vaccination, et le renforcement des systèmes de surveillance épidémiologique. La santé

infantile doit être une priorité dans les politiques de santé publique au Burkina Faso, pour inverser la tendance actuelle. Très peu de données existent sur le profil épidémiologique et clinique des enfants de moins de cinq qui existent dans les formations sanitaires du Burkina Faso. L'objectif donc de la présente étude était de décrire le profil épidémiologique et clinique des enfants de moins de cinq ans décédés au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo (CHU-T) du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2021 afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des enfants.

2. Matériels et méthodes

2.1 Cadre et champ de l'étude

L'étude s'est déroulée à Ouagadougou, la capitale du Burkina Faso. Le Burkina Faso est un pays situé en Afrique de l'Ouest. Sa population était estimée à 20 505 155. Les enfants de 0-5 ans étaient au nombre de 3 319 064 (*Rapport resultats definitifs RGPH 2019-5.pdf*, s. d.). C'est un pays à ressources faibles dont 41,4% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (RGPH/INSD 2019). Son Indice de Développement Humain (IDH) en 2022 était de 0,449 (United Nations Development Programme (UNDP), 2022) Le même rapport indique que le Burkina Faso est classé 184^{ème} sur 189 pays avec un PIB/habitant de l'ordre de 809 Euros. Le taux de morbidité générale est estimé à 9,2 pour mille en 2019 (*Rapport resultats definitifs RGPH 2019-6*, s. d.). L'analyse des données de l'annuaire statistique de santé de 2022 révèle que le paludisme est le premier motif d'hospitalisation avec une prévalence de 63,16% des cas et une létalité de 18,23%. Viennent ensuite les problèmes respiratoires aigües (2,13%) et les infections du nouveau-né (1,24%).

Nous avons mené notre étude au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo. Il s'agit d'un centre de référence de troisième niveau dans la pyramide sanitaire nationale. Il est situé dans la banlieue Sud de la ville de Ouagadougou. Le champ d'étude a été circonscrit au service de pédiatrie, ce service se compose d'une unité d'hospitalisation pédiatrique de 34 lits accueillant les enfants âgés de 0 à 14 ans, notamment les nouveau-nés ayant déjà séjournés à domicile et admis une pathologie, ainsi que d'une unité de néonatalogie équipée de 4 couveuses et 16 berceaux recevant les nouveau-nés n'ayant jamais séjournés à domicile. Le personnel soignant est constitué de 7 pédiatres et de 35 infirmiers.

2.2 Type et période d'étude

Nous avons conduit une étude descriptive à partir des données enregistrées du premier janvier à décembre 2021.

2.3 Population d'étude

Notre population d'étude a concerné les enfants de moins de cinq (05 ans) hospitalisés au service de pédiatrie du Centre hospitalier Universitaire de Tengandogo. L'échantillonnage a été exhaustif et a concerné tous les enfants de moins de 5 ans décédés au cours de l'hospitalisation. Ont été inclus dans l'étude tous les enfants de moins de 5 ans décédés au cours de leur hospitalisation au service de pédiatrie entre le 1^{er} Janvier et le 31 décembre 2021. Tous les enfants dont les dossiers étaient incomplets n'ont pas été inclus dans l'étude.

2.4 Les variables de l'étude

Les variables prises en compte dans notre étude étaient l'âge au moment du décès, le sexe, la résidence des parents, la profession des parents, la durée de séjour, les moyens de transport pour

l'évacuation des enfants, la formation sanitaire ayant référée l'enfant, le motif d'hospitalisation, les principaux diagnostics retenus au moment du décès.

2.5 Gestion des données

La technique de collecte utilisée a été la revue documentaire. A partir d'une fiche d'analyse du contenu documentaire les informations ont été extraites à partir des dossiers médicaux et des registres d'hospitalisations des enfants. Les données ont été saisies sur le logiciel Epi-Info. Elles ont ensuite été traitées et analysées à l'aide du logiciel STATA version 15. Nous avons utilisé la moyenne et l'écart type pour décrire les variables quantitatives et la proportion pour la description des variables qualitatives.

2.6 Considérations éthiques

Nous avons obtenu l'autorisation de collecte des données auprès du directeur général et du chef de département pool mère enfant pour mener cette étude. Toutes les dispositions ont été prises pour garder la confidentialité de l'identité des patients.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques des enfants de moins de 5 ans inclus dans l'étude

Du 1er Janvier 2021 au 31 Décembre 2021, 1068 enfants de 0 à 59 mois ont été hospitalisés au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo, soit en moyenne 89 hospitalisations par mois. Au total 202 décès ont été enregistrés au cours de cette période, soit une proportion de 18,91%. Environ 65,19 % des enfants décédés résidaient dans la ville de Ouagadougou et 34,81 % provenaient des autres localités du pays. La profession du père avait été précisée pour 100 cas de décès soit 55,25% dont les professions les plus représentées étaient les commerçants (32%), les fonctionnaires (30%) et les cultivateurs (29%). La majorité des mères des enfants décédés avaient pour profession, femme au foyer (60,40%) suivie par les élèves/étudiantes (18,81%) et les commerçantes (10,89%). Les mères fonctionnaires représentaient 9,90% des cas.

Parmi les enfants de moins de cinq ans décédés au cours de cette période, 181 dossiers complets ont été retenus soit une proportion de 90%. Le moyen de transport a été précisé chez 109 enfants décédés (60,22%). Parmi ces enfants, 97 (soit 53,59%) avaient bénéficié d'un transport par ambulance et 12 (soit 6,63%) ont eu recours à des moyens de transport personnels.

Parmi les 181 enfants décédés, 109 enfants soit 60,22% avaient été référés à partir d'une formation sanitaire périphérique pour admission au CHUT ; 41 soit 22,65% étaient venus directement de la maternité du CHUT, 22 soit 12,15% des autres centres hospitaliers universitaires de Ouagadougou et les 9 autres soit 4,97% sont venus d'eux même directement. Parmi les 181 décès colligés durant la période de notre étude, 98 décès soit 54,14% ont été enregistrés pendant la garde, 18(9,94%) dans la matinée et les 65(35,91%) autres pendant la permanence. Le nombre de garçons décédés était 107 soit 59,12% et les filles 74 soit une proportion de 40,88%. Le sexe ratio garçon fille était de 1,44. Les enfants âgés de moins de 7 jours étaient au nombre de 105 soit 58,01 % (105/181), ceux âgés de 7 à 28 jours 22 soit 12,15 % (22 /181), ceux de 29 jours à 1 an 31 soit 17,13% (31/181) et ceux de plus d'un an 33 soit 12,71% (23/181).

3.2 Les motifs d'admission

Les anomalies du rythme respiratoire (77,90%), l'altération de la conscience (34,81%) les anomalies du rythme cardiaque (32,15%), étaient les principaux motifs d'admission. Le tableau 1 présente les motifs d'admission.

Tableau 1 : Répartition des enfants de moins de 5 ans décédés selon le tableau clinique à l'admission au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo entre le 1er Janvier et le 31 Décembre 2021

Signes cliniques à l'admission	Fréquence	Pourcentage
	Oui	%
Syndrome infectieux	53	28,28
Syndrome anémique	41	23,10
Signes évidents de déshydratation	9	4,97
Déshydratation sévère	4	2,21
Malnutrition aiguë sévère	44	24,31
Malnutrition aiguë modérée	14	7,73
Détresse respiratoire	141	77,90
Anomalies auscultatoires pulmonaires	10	5,52
Altération de la conscience	60	32,15
Atteinte des méninges	8	4,42
Anomalies auscultatoires cardiaque (souffles)	11	6,08
Anomalies du rythme cardiaque	63	34,81

3.3 Les diagnostics retenus au moment du décès

Les trois premiers diagnostics retenus au moment du décès étaient l'infection néonatale dans 109 cas (60,22%), l'asphyxie néonatale dans 86 cas (47,51%) et la prématurité dans 52 cas (28,3%). Les autres diagnostics sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Répartition des enfants de moins de 5 ans décédés selon le diagnostic clinique retenu au moment du décès au centre hospitalier universitaire de Tengandogo entre le 1er Janvier et le 31 décembre 2021

Diagnostic retenu	Fréquence	Pourcentage
	Oui	%
Infection néonatale	109	60,22
Asphyxie néonatale	86	47,51
Complications liées à la prématurité	55	30,39
Paludisme grave	26	14,36
Cardiopathie congénitale	21	11,60
Infection des voies respiratoires	18	9,94
Diarrhée infectieuse	7	3,37
Malnutrition par carence	7	3,37
Méningite aiguë	7	3,37
Ictère néonatal	5	2,76
Embryo fœtopathie	4	2,21
Maladie hémorragique du nouveau-né	4	2,21
Syndrome néphrotique	3	1,66
Anémie décompensée	2	1,10
Sepsis	2	1,10
Dengue compliquée	1	0,5

4. Discussion

À travers cette étude, nous avons pu décrire le profil épidémiologique et clinique des enfants de moins de 5 ans décédés au service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire de Tengandogo. Cependant cette étude présente quelques insuffisances qui pourraient constituer éventuellement des limites. Le nombre de dossiers qui n'ont pas pu être exploités pour l'incomplétude de données était important environ 10%. Le responsable du département mère enfant devrait prendre des dispositions nécessaires pour le bon remplissage des dossiers cliniques. L'étude étant rétrospective, nous avons été confrontés également à des données manquantes concernant certaines variables. Par ailleurs, la réalisation de l'étude dans un seul hôpital ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble du pays.

La proportion des enfants décédés était de 18,91%. Cette proportion est supérieure à celle rapportée par Nguefack et al dans une étude réalisée en 2014 au Cameroun et celle rapportée par Laure et al dans une étude réalisée en 2018 au Burkina Faso (Laure et al., 2023; Nguefack et al., 2020). L'étude de Nguefack et al. n'a pas pris en compte les 0 à 28 jours hors de cette tranche d'âge, qui représentaient plus de la moitié de nos décès. Ce taux élevé, comparativement à celui de Laure et al., pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment les conditions d'accueil pour les patients. En effet, le plateau technique est très réduit, avec 5 sources d'oxygène pour 20 places en néonatalogie et 5 pour 34 lits en hospitalisation, pour souvent des sollicitations de cas de détresse respiratoire. Aussi, avec la mise en œuvre de la chirurgie cardiaque au centre hospitalier universitaire de Tengandogo, plusieurs cas de détresse respiratoire sont référés soit pour des examens de confirmation, soit pour une prise en charge, dont certains sont à des stades critiques. Un autre aspect est que 2021 était une année juste après la déclaration de l'épidémie de Covid-19, et que l'hôpital était un site de prise en charge. Certaines structures avaient continué à référer leurs patients suspects même après la fin de la réquisition de l'hôpital en tant que site de prise en charge. Des efforts ciblés sur l'amélioration du plateau technique, l'organisation de la prise en charge des cas d'urgence et la rapidité des diagnostics, afin de réduire la mortalité infanto-juvénile et d'atteindre l'objectif 3.2 du développement durable, sont nécessaires.

La proportion de décès néonataux (0 à 28 jours) représentait environ 60 % des décès. Nos résultats s'expliquent par la vulnérabilité plus prononcée chez les nouveau-nés, dont les prématurés. Il faut aussi noter le fait que l'unité de néonatalogie accueille en majorité des nouveau-nés venant de la salle d'accouchement qui présentent des pathologies soient diagnostiqués en anté-natal soit immédiatement après la naissance. L'unité de néonatalogie reçoit des enfants provenant d'autres formations sanitaires, qui font tout le tour de la ville avant d'arriver au CHUT, dans des conditions souvent inadéquates, ce qui constitue un facteur contributif à la mortalité. Par ailleurs l'équipement insuffisant ne permet pas de prendre convenablement en charge les prématurés (CPAP et les couveuses) ce qui contribue à une mortalité élevée de ce profil de patients.

Un autre aspect est la vulnérabilité des nourrissons après l'âge six mois, les infections sont relativement fréquentes dues à une baisse de l'immunité de l'enfant qui n'est plus protégé par l'allaitement maternel entraînant ainsi la disparition des anticorps maternels chez l'enfant, ce qui les rend plus vulnérables aux maladies infectieuses.

Concernant le tableau clinique des patients à l'admission, nous avons observé que 77,90 % des enfants présentaient une détresse respiratoire, 34,81 % des anomalies du rythme cardiaque et 32,15 % des troubles de la conscience. Cet état traduit la nécessité d'avoir des dispositifs pour une assistance respiratoire avec de l'oxygène et un appareillage pour une CPAP surtout pour certains types de patient.

Les infections néonatales (60%) l'asphyxie néonatale (47%) la prématurité avec ses complications (30,39%) et le paludisme (14%) étaient les principaux diagnostics retenus au moment du décès. L'infection néonatale a été également décrite par Laure et al comme cause

de décès (Laure et al., 2023). Cette similarité renforce l'idée que les interventions ciblant la prévention et la prise en charge précoce des infections néonatales pourraient jouer un rôle crucial dans la réduction de la mortalité infantile dans notre pays. L'asphyxie néonatale a également été décrite par Zoungrana et al. comme facteur associé à la mortalité néonatale (Yameogo et al., 2021). Le paludisme, un problème endémique dans de nombreuses régions d'Afrique décrite par plusieurs auteurs (Kabeya et al., 2022; Nguefack et al., 2020; Ochora et al., 2025) comme facteurs associés aux décès chez les moins de 5 ans, ajoute une couche de complexité à la mortalité infantile, nécessitant des interventions ciblées. D'autres auteurs ont décrit les infections comme causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans (Njuma Libwea et al., 2019; Okoroiwu et al., 2024; Wambua, Ali, Ukwizabigira, & Kuodi, 2025). La prématurité comme cause de décès a également été décrite par Nagalo et al dans une étude réalisée au Burkina Faso (Nagalo et al., 2015) et par Afagbedzi et al dans une étude réalisée au Ghana (Afagbedzi, Alhassan, Alangea, & Taylor, 2023). Une sensibilisation des femmes sur l'importance des consultations prénatales est nécessaire pour diminuer le risque des accouchements prématurés.

5. Conclusion

En somme, nos résultats soulignent des défis similaires à ceux observés dans d'autres pays de la région, ce qui implique la nécessité d'une mise en œuvre améliorée des programmes de santé sur la prévention et le traitement des infections néonatales (prévention des infections chez les mères, accouchement dans des conditions aseptiques), ainsi qu'une attention particulière à la santé des prématurés (disponibilité de matériels adéquats pour la prise en charge des prématurés). Il faut également souligner l'importance de la surveillance du travail et de l'accouchement avec des dispositifs adéquats afin de prévenir les asphyxies. Des études supplémentaires sont nécessaires pour approfondir la compréhension des facteurs sous-jacents à cette mortalité et évaluer l'impact des interventions mises en œuvre.

Remerciements

Nous remercions tout le personnel du département pool mère-enfant du centre hospitalier universitaire qui a facilité cette étude.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt pour cette étude

References

- Afagbedzi, S. K., Alhassan, Y., Alangea, D. O., & Taylor, H. (2023). Maternal factors and child health conditions at birth associated with preterm deaths in a tertiary health facility in Ghana : A retrospective analysis. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1108744>
- Kabeya, T. K., Tshisungu, B. B., Okoto, S., Tshibangu, F. I., Tshibangu, D. I., Tshakuimba, E. K., & Kabila, J. L. (2022). Factors Associated with Intra-Hospital Mortality of Children from 0 to 59 Months in the City of Mwene-Ditu in DR Congo : A Retrospective Analytical Study. *Open Access Library Journal*, 9(12). <https://doi.org/10.4236/oalib.1109584>
- Laure, T., Nagalo, K., Savadogo, H., Kaboré, D., Douamba, S., Ouédraogo, A., ... Yé, D. (2023). Infant and Child Mortality in a District Hospital of Ouagadougou (Burkina Faso). *HEALTH RESEARCH IN AFRICA*, 1(4 Oct-Nov-Dec). <https://doi.org/10.5281/hra.v1i4>
- Nagalo, K., Dao, F., Badiel, R., Sawadogo, O., Tall, F., & Yé, D. (2015). Epidemiological, clinical, and prognostic aspects of preterm birth over 10 years in Ouagadougou, Burkina Faso. *Journal of Pediatric Sciences*, 7, 1-9. <https://doi.org/10.17334/jps.69907>
- Nguefack, F., Mah, E., Kinkela, M. N., Tagne, T., Chelo, D., Dongmo, R., & Ndombo, P. K. (2020). [Mortality pattern in children aged 3-59 months hospitalized in the Intensive Care Unit at a Paediatric Center in Yaounde-Cameroon]. *The Pan African Medical Journal*, 36, 246. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.246.11292>

- Njuma Libwea, J., Bebey Kingue, S. R., Taku Ashukem, N., Kobela, M., Boula, A., Sinata, K.-S., & Koki Ndombo, P. (2019). Assessing the causes of under-five mortality and proportion associated with pneumococcal diseases in Cameroon. A case-finding retrospective observational study : 2006–2012. *PLoS ONE*, 14(4), e0212939. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212939>
- Ochora, M., Kyoyagala, S., Kyasimire, L., Akambasisa, M., Twine, M., Ahmed, M., ... Kumbakumba, E. (2025). Patterns and predictors of mortality in the first 24 hours of admission among children aged 1–59 months admitted at a Regional Referral Hospital in South Western Uganda. *PLOS ONE*, 20(1), e0312316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312316>
- Okoroiwu, H. U., Edet, U. O., Uchendu, I. K., Echieh, C. P., Nneoyi-Egbe, A. F., Anyanwu, S. O., ... Mbabuike, I. U. (2024). Causes of infant and under-five (under-5) morbidity and mortality among hospitalized patients in Southern Nigeria : A hospital based study. *Journal of Public Health Research*, 13(1), 22799036241231787. <https://doi.org/10.1177/22799036241231787>
- Rapport resultats definitifs RGPH 2019-5.pdf*. (s. d.).
- Rapport resultats definitifs RGPH 2019-6*. (s. d.).
- SDG Indicators. (s. d.). Consulté 24 septembre 2025, à l'adresse https://unstats.un.org/sdgs/report/2025/Goal-03/?utm_source=chatgpt.com
- UNIGME_2024_Child-Mortality-Report*. (s. d.).
- United Nations Development Programme (UNDP), U. N. (2022). *Rapport Sur le développement Humain 2021/2022 : Temps Incertains, Vies Bouleversées: Façonner Notre Avenir Dans un Monde en Mutation* (1st ed). Bloomfield: United Nations Publications.
- Wambua, J., Ali, A., Ukwizabigira, J. B., & Kuodi, P. (2025). Prevalence and risk factors of under-five mortality due to severe acute malnutrition in Africa : A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 14(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02740-9>
- Wedminere Noelie Zoungrana-Yameogo^{1,&}, Désiré Lucien Dahourou², Abdoulaye Hama Diallo³, Oumar Sangho⁴, Edmond Nikiema⁵, Serge Tougouma⁵, Aristide Guiguimé¹, Emmanuel Dembélé¹, Osara Traoré¹, Bernard Sawadogo⁶, Joseph Otshudiandjeka⁷, Abdoulaye So¹, Clota. (2021). Mortalité néonatale au centre hospitalier universitaire de Tengandogo, Ouagadougou, Burkina Faso : Une étude de cohorte retrospective. *Journal of Interval Epidemiol Public Health*, 4, Suppl 3: 4.
- World Bank Open Data. (s. d.). Consulté 24 septembre 2025, à l'adresse World Bank Open Data website: <https://data.worldbank.org>

© 2025 YAMEOGO, 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 (2)

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

Received, 9 Juillet 2025

Accepted, 26 December 2025

Published, 31 December 2025

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

To cite: Kouadio, L. N. (2025). Accès des adolescentes aux Services de Santé Sexuelle et Reproductive et exposition aux IST/MST dans les zones vulnérables de la région sanitaire du Gbêkê. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 400-419. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.29>

Research

Accès des adolescentes aux Services de Santé Sexuelle et Reproductive et exposition aux IST/MST dans les zones vulnérables de la région sanitaire du Gbêkê

Adolescent girls' access to sexual and reproductive health services and exposure to STIs/STDs in vulnerable areas of the Gbêkê health region

KOUADIO Lorraine Nadia

Laboratoire Santé, Sociétés et Développement (LSSD) du Centre de Recherche pour le Développement (CRD), de l'Université Alassane Ouattara (UAO)

Correspondance : email : nadialorraine77@gmail.com

Résumé

En Côte d'Ivoire, la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) des adolescentes constituent une problématique négligée dans la recherche, au regard de l'insuffisance des travaux scientifiques existants sur la question et de l'absence d'actions ciblées sur ce public spécifique, notamment dans les zones mal desservies. Cette recherche, centrée sur un public vulnérable et à risque, a été menée dans la région sanitaire du Gbêkê, plus précisément dans les zones vulnérables. Elle fait un diagnostic socio-anthropologique de la situation des adolescentes vivant dans les zones vulnérables ou défavorisées en matière de SSSR dans la région sanitaire du Gbêkê ; et détermine les implications sur celles-ci. De type qualitatif et quantitatif, elle repose sur un corpus de données composé de 48 entretiens (6 focus groups et 42 entretiens semi-directifs) et 337 questionnaires administrés. Ce corpus intégré permet une analyse approfondie de la situation des adolescentes. Les résultats montrent que, dans ces zones de l'étude, l'accès aux Services de Santé Sexuelle et Reproductive (SSSR) est très limité, résultante de l'enchevêtrement d'un ensemble des facteurs environnementaux, socio-culturels, économiques, structurels, géographiques, etc. Ces résultats montrent l'intérêt d'une approche systémique mettant en interaction différents acteurs dans la mise en place de politiques d'éducation et d'autonomisation des adolescentes. Une approche qui permettra d'améliorer l'accès des adolescentes aux SSSR, ce qui aura des répercussions positives sur leur vie, à moyen et à long terme, sur les plans social, économique, sanitaire et éducatif, ainsi que sur l'équilibre de l'environnement sanitaire.

Mots clés : Adolescentes, IST/MST, Vulnérabilités, Exposition, région sanitaire du Gbêkê

Abstract

In Côte d'Ivoire, the sexual and reproductive health and rights (SRHR) of adolescent girls are a neglected issue in research, given the lack of existing scientific work on the subject and the absence of targeted actions for this specific population, particularly in underserved areas. This research, which focuses on a vulnerable and at-risk population, was conducted in the Gbêkê health region, specifically in areas of vulnerability. It provides a socio-anthropological assessment of the situation of adolescent

girls living in vulnerable or disadvantaged areas in terms of SRHR in the Gbêkê health region and determines the implications for them. Qualitative and quantitative in nature, it is based on a data set comprising 48 interviews (6 focus groups and 42 semi-structured interviews) and 337 questionnaires administered. This integrated dataset enables an in-depth analysis of the situation of adolescent girls. The results show that, in these study areas, access to sexual and reproductive health services (SRHS) is very limited, due to a combination of environmental, socio-cultural, economic, structural and geographical factors, among others. These results demonstrate the value of a systemic approach that brings together different stakeholders in the implementation of policies for the education and empowerment of adolescent girls. Such an approach will enhance adolescent girls' access to SRHR, with positive repercussions on their lives in the medium and long term, in terms of social, economic, health, and educational outcomes, as well as on the overall health environment.

Key words: adolescent girls, SCI/SCD, vulnerabilities, exposition, Gbêkê health region.

1. Introduction

L'accès des adolescentes aux services de santé sexuelle et reproductive, ainsi que leur exposition aux infections sexuellement transmissibles (IST/MST) est un enjeu et un défi pour la santé publique. Le Fonds Muskoka (2025) contextualise ces enjeux à l'échelle régionale, montrant que 17% des décès chez les adolescents en Afrique de l'Ouest et centrale sont liés à des complications SSR, avec des taux de grossesses précoces dépassant la moyenne mondiale. Dans les pays africains précisément, ces problèmes constituent un enjeu critique dans les zones vulnérables. Ils contribuent à l'augmentation du taux de stigmatisation dans la société et des comportements parfois dissuasifs des prestataires de soins, qui compromettent non seulement l'accès aux services et également leur qualité et leur acceptabilité.

En Afrique subsaharienne, les adolescentes font face à des obstacles multidimensionnels pour accéder à ces services essentiels. Ces barrières sont liées à une pluralité des contraintes à savoir : les contraintes financières, le manque d'informations adaptées, des normes socioculturelles restrictives, et les infrastructures de santé inadéquates. A cet effet, plusieurs études récentes ont été réalisées sur ce sujet OMS (2018). Celles-ci mettent en lumière les défis systémiques et socioculturels auxquels font face les populations dans les zones précaires. En effet, Chatot et Foin (2023), dans le cadre du projet PASFASS au Tchad sur la vulnérabilité accrue des adolescentes due aux contraintes d'accès aux soins et aux pratiques à risque comme les avortements clandestins, montrent que cette vulnérabilité est le résultat d'un ensemble de faiblesses sociales, économiques et institutionnelles qui limitent leur accès aux soins et les exposent à des pratiques à risque telles que les avortements clandestins. Cette analyse est une approche socio-anthropologique qui révèle un enchevêtrement de facteurs socioéconomiques et institutionnelles qui influent sur la fréquentation des centres de santé. En outre, Komboigo et *al.* (2018), dans une étude menée à Ouagadougou, auprès de 720 adolescentes du secteur informel, montrent que 52,6% étaient sexuellement actives dès l'âge de 15 ans en moyenne, avec seulement 17,5% ayant accès aux services SSR. Ces résultats s'inscrivent dans la même perspective que ceux de Keita (2015), qui stipule qu'au Mali, 26% des jeunes déclarent des rapports sexuels en échange de ressources matérielles, exacerbant les risques d'IST.

En Côte d'Ivoire, l'accès des adolescentes aux services de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) et leur exposition aux IST/VIH dans les zones vulnérables restent influencés par des dynamiques socio-culturelles complexes et des défis structurels. La plupart des adolescentes évitent les Services de Santé Sexuelle et Reproductive. L'UNICEF (n.d) montre qu'en 2018, 25000 adolescents de 10-19 ans étaient infectés par le VIH/Sida dont 56 % de filles, et 1500 nouvelles infections constatées chez les 15-19 ans (75 % des cas concernant les filles). De même, le Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida (2012), souligne que dans nos régions, il n'y a que 45,8% des adolescentes infectées par le VIH qui

atteignent la suppression virale sous traitement ARV, contre 63% chez les adultes. Cependant, l'on constate une ignorance des centres de santé SSU-SAJ par la majorité des adolescentes à cause de la honte liée aux jugements sociaux, particulièrement dans les régions où les discussions sur la sexualité sont considérées comme tabous. Plus précisément, dans la région de Bouaké, Nochiemi et *al.* (2024), révèlent que 73% des jeunes ignorent l'existence des services spécialisés (SSU-SAJ), tandis que la honte et la peur du jugement limitent leur recours aux soins.

Selon OMS (2021), chaque année, cinq millions d'adolescentes âgées de 15 à 18 ans subissent un avortement dans de mauvaises conditions de sécurité et 70 000 décès liés à des avortements surviennent tous les ans dans cette tranche d'âge. Concernant les nouveaux cas d'infection par le VIH dans la région, plus que la moitié des personnes de 15-24 ans sont touchées et un tiers des nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) curables concernent des jeunes de moins de 25 ans. Dans les zones vulnérables, ces problématiques sont liées à des conditions socio-économiques précaires et une faible sensibilisation aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive Mbodj (2015). A cet effet, Laoubaou et *al.* (2006), souligne que les adolescentes sont particulièrement exposées aux IST/MST en raison de leur position vulnérable dans la société, souvent marquée par des inégalités de genre et un accès limité à l'éducation sexuelle. Ces facteurs contribuent à un cercle vicieux où le manque d'accès aux services appropriés augmente le risque d'infections, tout en renforçant les tabous sociaux qui freinent davantage l'utilisation de ces services.

L'ensemble de ces situations qui déterminent la SSR des adolescentes suscitent des interrogations suivantes : Comment les perceptions des adolescentes influencent-elles leur recours aux services de santé sexuelle et reproductive ? Quels sont les principaux obstacles auxquels les adolescentes font face dans l'accès aux services de santé reproductive ? Comme objectifs, il s'agit : i) d'analyser les perceptions des adolescents et jeunes qui influencent leur fréquentation des centres de santé dans les zones vulnérables dans la région sanitaire de Bouaké et ii) d'identifier les principaux obstacles socio-culturels auxquels les adolescentes font face pour accéder aux services de santé reproductive dans les zones vulnérables dans la région sanitaire du Gbêkê.

2. Matériels et Méthodes

La démarche méthodologique adoptée pour la production et l'analyse des données est basée sur les éléments suivants : le type d'étude, la technique d'échantillonnage et de sélection des participants, les techniques et outils de collecte des données ainsi que la méthode de traitement des informations.

2.1. Nature de l'étude

La démarche méthodologique utilisée dans le cadre de cette recherche repose sur une approche mixte. La méthode mixte utilisée, est une étude combinant la collecte et l'analyse de données quantitatives collectées par administration directe d'un questionnaire, et qualitatives collectées au moyen d'entretiens semi-directifs et de focus groups discussion. Selon Nagels (2022), cette méthode est une perspective pragmatique en recherche. La combinaison de ces deux approches nous a permis de collecter les données qualitatives et quantitatives en lien avec les objectifs visés par l'étude, dont l'analyse aide à comprendre et évaluer la situation des SSR des adolescentes.

2.2. Sites d'étude

L'étude a été réalisée dans la région du Gbêkê (Bouaké), située au centre de la Côte d'Ivoire dans la vallée du Bandama. Bouaké est la deuxième grande ville de la Côte d'Ivoire après Abidjan et le chef-lieu de la région du Gbêkê. Une population de 832.371 habitants, dont 433. 52 hommes et 398.619 femmes. Cette population est répartie sur une superficie de 312 Km² (RGPH, 2021). Bouaké regroupe six (6) Districts Sanitaires à savoir : le District Bouaké Nord-Est, Bouaké Nord-Ouest, Bouaké Sud, Sakassou, Béoumi et Botro. L'étude a concerné les aires sanitaires de ces districts, en particulier les zones les plus vulnérables à la Santé Sexuelle et Reproductive et l'Exposition aux IST/MST de ladite région de chaque district. Ont été considérées comme aires sanitaires vulnérables, celles répondants

aux critères suivants avec acuité : Indisponibilité des services de santé sexuel et reproductive (Kits, IST, préservatif, gel lubrifiant, contraceptif modèle féminin...), zone d'orpaillage (prostitution, travail des enfants), taux de scolarisations, ampleur d'IST MST, accès géographique difficile, absence d'eau potable, taux élevé des grossesses précoces, taux élevé des violences basé sur le genre (viol, attouchement, excision, violence physique, violence verbale, mariage forcé...) et faible fréquentation de centre de santé.

La carte ci-après propose une localisation desdites districts et aires sanitaires de la région de Bouaké concernées pour l'étude.

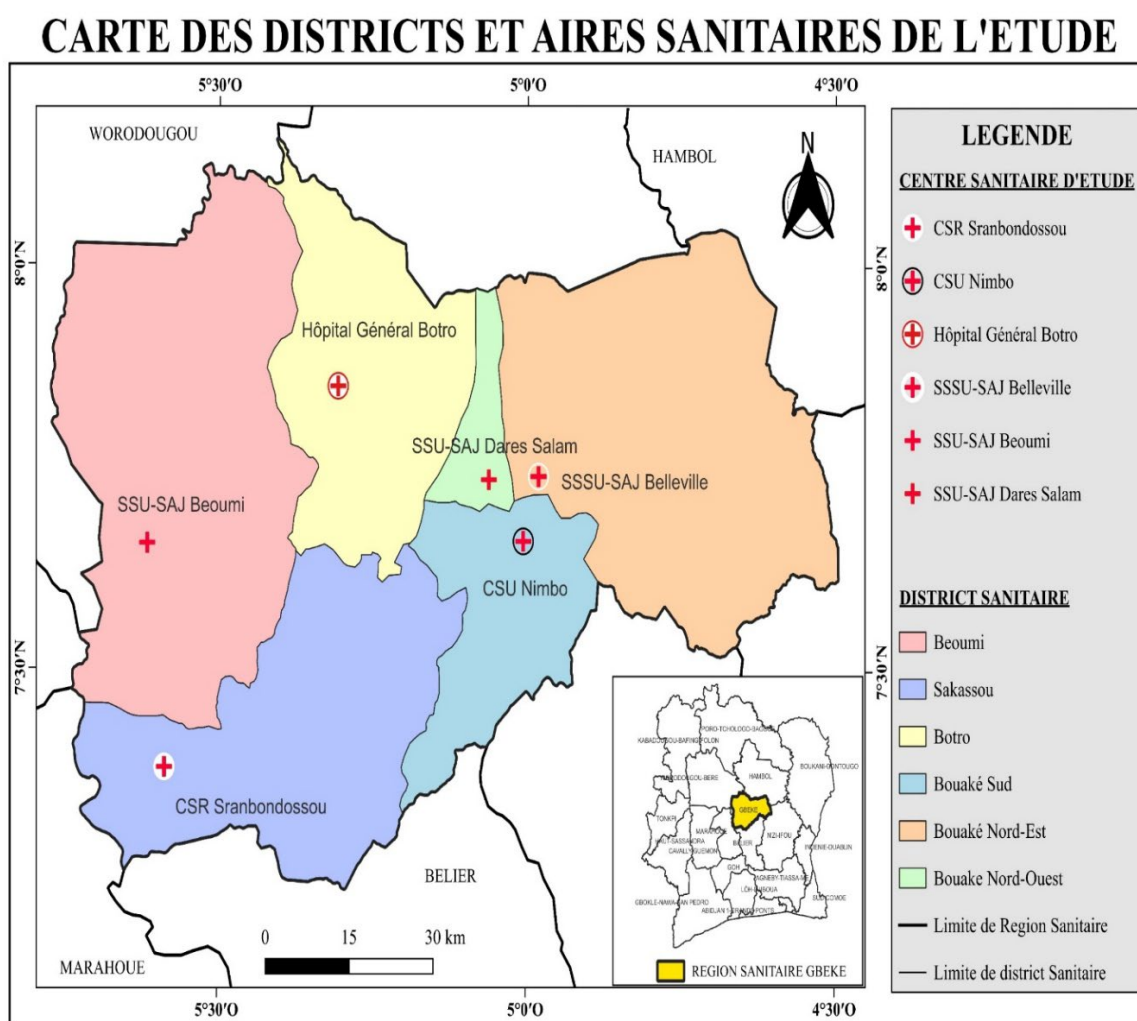


Figure 1 : Localisation des structures de prise en charge des PVVIH enquêtées

2.3. Echantillonnage

En se basant sur cette approche, l'échantillon de chaque volet (qualitatif et quantitatif) a été déterminé de manière distincte.

2.3.1. Volet qualitatif

Population cible

Il s'agit des personnes auprès desquelles nous avons recueilli les données pour cette recherche. Les catégories de personnes qui constituent la populations-cibles sont :

- Les adolescentes de 10-19 ans des zones vulnérables

- Les prestataires des aires sanitaires les plus vulnérable
- Les mères ou parents des adolescentes des zone vulnérables

Critères de sélection

Aires sanitaires vulnérables

La technique de l'échantillonnage utilisée pour le volet qualitatif est la technique du choix raisonné. Dans un premier temps, cette technique permet d'identifier les aires sanitaires dans la région du Gbêkê en tenant compte du degré de vulnérabilité (faible fréquentation des centres de santé, prévalence des IST/MST, enclavement de l'aire sanitaire, indisponibilité des services, présence de sites favorable à la prostitution comme les sites d'orpaillage, les carrefours, etc.) selon les autorités sanitaires des districts. Dans un second temps, à l'intérieur des aires sanitaires, elle permettra d'identifier les répondants en tenant compte d'un certain nombre de critères (voir critères de sélection des participants).

Répondantes

Le critère de choix est celui de l'inclusion. Cette étude s'est basée sur l'accès des adolescentes aux Services de Santé Sexuelle et Reproductive et leur Exposition aux IST/MST dans les Zones Vulnérables de la région sanitaire du Gbêkê. Les répondants sont à cet effet, les adolescentes des zones concernées par la recherche. En ce qui concerne les prestataires, ils ont été identifiés de manière inductive. Seuls les prestataires des aires sanitaires les plus vulnérables ont été enquêtés. Tous ces acteurs ont été enquêtés après avoir donné leur consentement libre et éclairé à participer à la recherche. Toutefois, les prestataires, les mères et les adolescentes enquêtés ont été sélectionnés sur la base des critères suivants :

- Pour les prestataires enquêtées : être prestataire dans les aires sanitaires les plus vulnérables sélectionnées par districts de la région de Bouaké. Avoir donné son consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.
- Pour les mères : être résidente des zones les plus vulnérables sélectionnées pour la recherche par aires sanitaires et être d'accord pour participer à l'étude. Avoir donné son consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.
- Pour les adolescentes : être âgée de 10-19 ans, résidente des zones les plus vulnérables sélectionnées pour la recherche par aires sanitaires et être d'accord pour participer à l'étude. Avoir donné son consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

Taille de l'échantillon

Tout ceci nous a permis de réaliser 3 entretiens individuels avec 03 prestataires des aires sanitaires, 3 entretiens individuels avec 03 adolescentes de 10 à 19 ans, 1 focus de 08 participantes avec les mères et 1 focus de 08 participantes avec les adolescentes par aire sanitaire. Soit un total 48 entretiens réalisés (Voir tableau 1).

Tableau 1 : Effectif des participants à l'étude qualitative par catégories d'acteurs

Catégorie de répondants	Effectif
Prestataires de soins	18
Adolescentes de 10-19 ans	18
Mères	06
Adolescentes (FG)	06
Total	48

Source : Données d'enquêtes, oct-déc.2024

2.3.2. Volet quantitatif

Pour ce qui est de la phase quantitative, l'échantillon d'enquête a été calculé à l'aide de la méthode d'échantillonnage en grappes à deux degrés à partir de la formule suivante :

Population cible

Il s'agit des personnes auprès desquelles nous avons recueilli les données pour la phase quantitative de la recherche. Les catégories de personnes qui constituent la population-cible sont : les adolescentes de 10-19 ans des zones vulnérables.

Critères de sélection

- Être adolescentes âgées de 10-19 ans,
- Être résidente des zones les plus vulnérables sélectionnées pour la recherche par aires sanitaires et être d'accord pour participer à l'étude.
- Avoir donné son consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

Technique d'échantillonnage

L'échantillon a été déterminé sur la base de la moyenne des pourcentages des adolescentes par rapport à la population générale des aires sanitaires enquêtées. Celle-ci est de 26,7%.

Calcul de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule Cochran (1977) :

$$n = \frac{p * (1 - p) * \varepsilon^2}{i^2}$$

Avec

- $p = 50\%$;
- ε = écart réduit de la loi normale au seuil d'erreur α , cette valeur est égale à 1,96 pour le seuil d'erreur de 5% ;
- i = précision d'échantillonnage fixée à 2%.
- n = taille de l'échantillon optimale d'individu =300

Taille

La taille de l'échantillon est donc de 300 adolescentes à enquêter sur l'ensemble de 6 aires sanitaires retenues. L'échantillon est reparti proportionnellement comme suit en tenant compte de la proportion des adolescentes dans chaque aire sanitaire.

Tableau 2 : Proportion des adolescentes des aires sanitaires par rapport à l'ensemble

Aires sanitaires	Population générale d'adolescentes de 10 à 19 ans de l'aire sanitaire	Pourcentage
CSU Nimbo	7874	17,6
Service de Santé Scolaire et Universitaire-Santé Adolescents et jeunes (SSSU- SAJ) Belleville	18723	41,9
SSU-SAJ Dar-es-Salam	10074	22,5
CSR-Srambodossou	96	0,2
SSU-SAJ Béoumi	3613	8,1
Hôpital général Botro	4323	9,7

Total	44703	100,0

Source : Kouadio L.N., 2024.

Ainsi, la répartition donne ce qui suit :

Echantillon = Proportion aire X Population générale des adolescentes/ 100

Tableau 3 : Echantillon attendu de l'étude

Aire sanitaire	Nombre d'adolescentes à enquêter
CSU Nimbo	53
Service de Santé Scolaire et Universitaire-Santé Adolescents et jeunes (SSSU-SAJ) Belleville	126
SSU-SAJ Dar-es-Salam	68
CSR-Sranbondossou	1
SSU-SAJ Béoumi	24
Hôpital général Botro	29
Total	300

Source : Kouadio L.N., 2024.

Cependant, pour des contraintes statistiques, nous avons majoré les échantillons inférieurs à l'idéal statistique qui est de 30. Ainsi, l'échantillon final est de 337 adolescentes enquêtées.

Tableau 4 : Echantillon à la fin de l'enquête

Aire sanitaire	Nombre d'adolescentes enquêtées
CSU Nimbo	53
Service de Santé Scolaire et Universitaire-Santé Adolescents et jeunes (SSSU-SAJ) Belleville	126
SSU-SAJ Dar-es-Salam	68
CSR-Sranbondossou	30
SSU-SAJ Béoumi	30
Hôpital général Botro	30
Total	337

Source : Kouadio L.N., 2024.

2.4. Techniques et outils de collecte des données

Plusieurs techniques ont été mobilisées pour le recueil des données quantitatives, à savoir : la recherche documentaire, l'enquête par questionnaire et l'entretien. Pour l'application de chaque technique, nous avons eu recours à des outils que sont la grille de lecture pour la documentation ; le questionnaire et le smartphone pour l'enquête par questionnaire ; le guide d'entretien et le dictaphone pour l'entretien.

2.4.1. Grille de lecture

La grille de lecture est un cadre structuré qui nous a aidé à interpréter, analyser et synthétiser les informations issues des documents lus de manière organisée. Elle était structurée comme suit :

Nom de l'auteur	Titre du document et année de parution	Chapitre ou partie lu	Synthèse

2.4.2. Questionnaire

Le questionnaire a été construit à partir de l'exploitation des données qualitatives collectées en amont. Les indicateurs dégagés des données qualitatives ont permis d'évaluer la situation de la SSR des

adolescentes. Ceux-ci nous ont conduit à la construction du questionnaire structuré autour des points principaux suivants :

- Caractéristiques sociodémographiques
- Niveau de connaissance des adolescentes sur les services de santé sexuelle et reproductive
- Utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescentes
- Problèmes de santé sexuelle et reproductive vécus par les adolescentes

2.4.3. Guides d'entretien

Deux guides d'entretien utilisés pour cette recherche : un adressé aux adolescentes et mères et un aux prestataires sur différents points abordés par chacun. Ceux-ci se présentent comme suit :

Guide d'entretien adressé aux prestataires

- Perceptions en lien avec l'accès des adolescentes aux services de santé reproductive et leur Exposition aux IST/MST dans les Zones Vulnérables
- Perceptions des prestataires sur les VBG existantes/observées dans les aires sanitaires
- Besoins des adolescentes en services de santé reproductive et recommandations

Guide d'entretien adressé aux adolescentes

- Conditions d'accès des adolescentes aux services de santé (accessibilité géographique, économique, disponibilité des prestations/services)
- Identification des besoins des adolescent-e-s et jeunes femmes en matière de santé en termes de la santé sexuelle reproductive, la planification familiale, le dépistage du VIH, la PTME, la distribution des préservatifs, les gels lubrifiants, la communication pour le changement de comportement, la mise sous TARV, le dépistage et le traitement de la tuberculose, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles et l'accès au kit IST etc.
- Perceptions des adolescentes sur les VBG existantes/observées dans les aires sanitaires

2.4.4. Dictaphone pour l'entretien

Le dictaphone est un outil qui joue un rôle essentiel lors des entretiens de recherche, surtout dans une démarche qualitative. Pour cette recherche, il a permis d'enregistrer l'intégralité des entretiens tout en garantissant la conservation de toutes les informations, nuances, formulations exactes, pauses et émotions exprimées par les participants. Elle nous a permis également de faire les retranscriptions fidèles des propos recueillis.

2.5. Traitement des données

Le traitement des données s'est fait en deux (02) grandes phases en suivant la nature mixte de cette recherche. La première phase a concerné les données qualitatives. À la suite de la collecte, les enregistrements audios ont été transcrits intégralement. Les données transcrites ont été importées, classifiées et encodées à l'aide du logiciel Nvivo 20 sur une durée de 1 mois. Après cela, elles ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Cela nous a permis de faire un tri thématique, de regrouper les propos de sens commun et de construire les axes d'analyse. La seconde phase a porté sur les données quantitatives. Elle a été réalisée à l'aide de SPSS version 20.0. Ce logiciel nous a permis de faire deux types d'analyse. Il s'agit de l'analyse des fréquences d'une part et de celle des croisements de variables d'autre part.

2.6. Dispositions éthiques de l'étude

Pour garantir la prise en compte des exigences éthiques, nous avons assuré la confidentialité par l'anonymat données recueillies. Les identités réelles des répondants ont été protégées et remplacées par des prénoms fictifs. En outre, nous avons recueilli le consentement libre et éclairé des participantes et surtout des adolescentes avant de procéder à la réalisation des entretiens. Les objectifs, les méthodes,

les risques éventuels et les bénéfices de l'étude et leurs droits leur ont été clairement expliqués.

2.7. Cadre théorique

Le cadre théorique choisi pour l'analyse des données repose sur la théorie des représentations sociales. Selon Guimelli (2009), les représentations sociales constituent une modalité particulière de la connaissance, généralement qualifiée de « connaissance de sens commun, dont la spécificité réside dans le caractère social des processus qui les produisent ». Cependant, les représentations sociales vues comme des formes de connaissances socialement construites et partagées, permettent à un individu et aux groupes d'interpréter la réalité et d'agir dans leur environnement social.

Dans le cadre du diagnostic socio-anthropologique de l'accès des adolescentes aux services de santé sexuelle et reproductive et leur exposition aux IST/MST dans les zones vulnérables, cette approche a permis d'identifier les facteurs sociaux, culturels et environnementaux qui conditionnent l'accès aux soins, les perceptions des services, ainsi que les pratiques à risque ou protectrices et aussi de proposer des interventions adaptées aux réalités locales et aux représentations sociales des adolescentes concernées.

3. Résultats

3.1. Recours des adolescentes aux services de santé sexuelle et reproductive

L'analyse des données quantitatives montre que les adolescentes ont faiblement recours aux SSR. En témoigne le graphique ci-dessous.

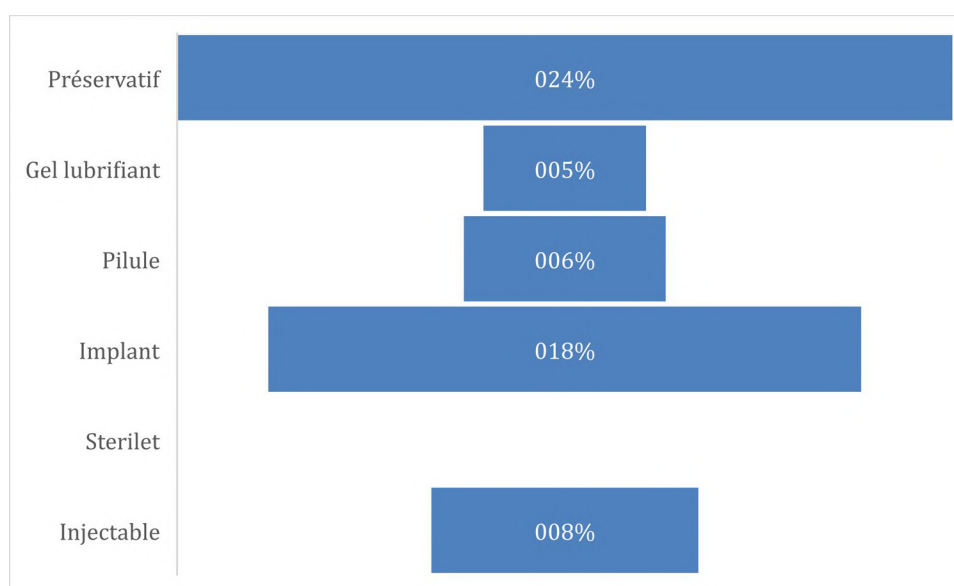


Figure 2 : Taux d'utilisation des SSR par les adolescentes enquêtées (n=341)

Source : Données quantitatives, 2024.

Ce graphique indique que seulement 23,8% des adolescentes enquêtées utilisent le préservatif pendant les rapports sexuels et 18,2% ont recours à l'implant. Par ailleurs, seulement 8,2% ont recours à l'injectable ; 6,2% à la pilule ; et 5% le gel lubrifiant. De manière générale, ce faible taux d'utilisation des SSR peut s'expliquer par le fait que plus de la moitié des adolescentes enquêtées (54,8%) déclare n'avoir aucune préférence en matière de SSR. C'est d'ailleurs ce met en évidence la figure ci-dessous.

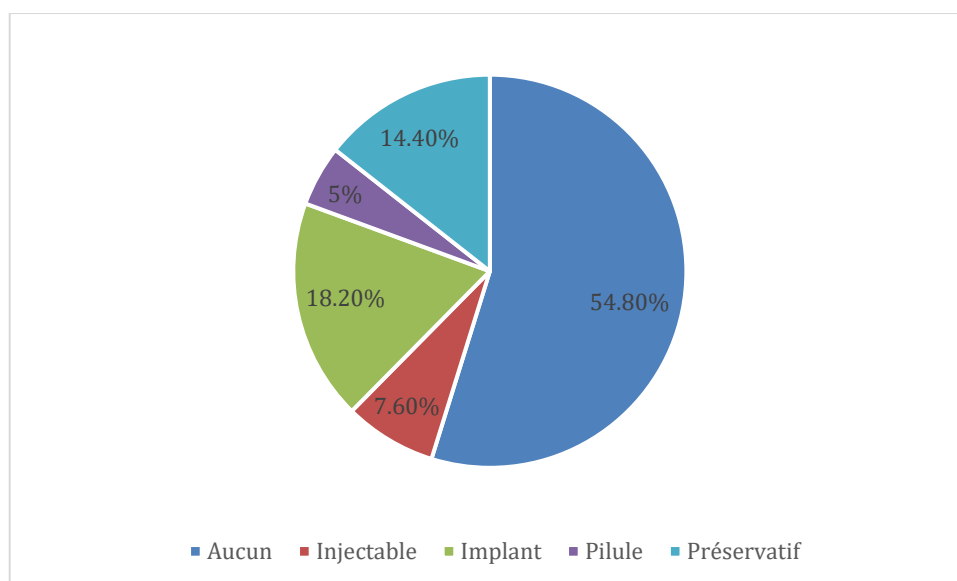


Figure 3 : Préférence des adolescentes enquêtées en matière de SSR (n=341)

Source : Données d'enquêtes, 2024.

Toutefois, en amont de l'enquête quantitative, les données qualitatives collectées et traitées mettent en exergue plusieurs obstacles à l'accès aux SSR et qui pourraient également déterminer le faible recours des adolescentes aux SSR.

3.2. Principaux obstacles à l'accès aux services de santé reproductive dans les zones vulnérables dans la région sanitaire du Gbêkê

L'analyse des données qualitatives relève qu'il y a un enchevêtrement de facteurs multiples qui limitent l'accès ou le recours aux SSR chez les adolescentes enquêtées. Ceux-ci sont schématisés comme suit :

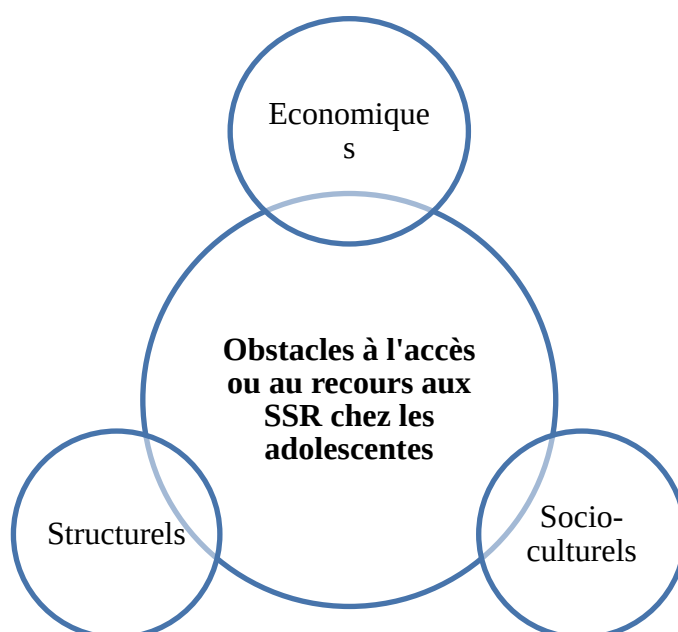


Figure 4 : Principaux obstacles à l'accès aux SSR chez les adolescentes

Source : Données d'enquêtes, 2024.

3.2.1. Obstacles socio-culturels

Plusieurs obstacles socio-culturels ont été mis en exergue par l'analyse des données collectées. On note dans l'ensemble que les perceptions sociales des SSR, la pression des parents sur les adolescentes, la honte ressentie par les adolescentes et le leadership des partenaires sexuels constituent des obstacles à l'accès des adolescentes aux SSR dans les zones d'études.

Perceptions des SSR

Après analyse des données, il ressort que les perceptions des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) influencent significativement l'accès des adolescentes aux soins et leur exposition aux IST/MST dans les zones vulnérables du Gbêkê. Certaines communautés interdisent formellement l'utilisation de contraceptifs, ce qui renforce la vulnérabilité aux IST/MST. En témoigne **Jémi**, une adolescente de l'aire sanitaire de Srambodossou, lors d'un entretien de groupe à travers ces propos : « *Moi, je sais que souvent les gens disent que quand tu n'as pas encore d'enfant puis tu prends ces choses-là c'est difficile d'avoir des enfants après c'est pour ça moi j'ai un peu peur de le faire* ».

Cette assertion selon laquelle l'utilisation des contraceptifs exposerait les adolescentes au risque de ne pas avoir des enfants plus tard est reconnue par la majorité des répondantes. Les contraceptifs modernes féminins sont donc perçus comme source d'infertilité voire de stérilité des adolescentes. Ainsi, pour ne pas compromettre ses chances de procréer, l'utilisation des contraceptifs est donc déconseillée ou désavouée dans les communautés. Par ailleurs, outre les perceptions sociales des SSR, la pression des parents entrave l'utilisation de ces intrants par les adolescentes.

Pressions des parents sur les adolescentes

Les adolescentes vivant dans les zones vulnérables de la région du Gbêkê subissent une forte pression de leurs parents. Une pression qui limite leur recours aux SSR. En effet, selon des répondantes, le recours aux contraceptifs est perçu comme un facteur de libertinage sexuel. Lorsque les parents se rendent compte de l'utilisation des contraceptifs par leurs filles adolescentes, cela fait l'objet de remontrances, de plaintes car selon eux, cela signifie qu'elles entretiennent des relations sexuelles dans un premier temps. Dans un second, en plus d'entretenir des relations sexuelles, la prise des contraceptifs est perçue comme l'indicateur d'une vie sexuelle à risque ou de débauche avec plusieurs partenaires sexuels. Dans plusieurs familles dont sont issues les adolescentes enquêtées, discuter de la sexualité avec les adolescentes reste interdit et surtout perçu comme une incitation à l'activité sexuelle précoce. Carine, adolescente de l'aire sanitaire de Nimbo, en témoigne à travers les propos ci-dessous :

Tantie, chez nous ici tu fais ça ma maman va te tuer. Elle dit que si tu n'as pas encore l'âge tu ne dois pas parler de ces gens de choses hein, si elle t'entend parler de ça. Elle ne veut même pas qu'on regarde la tété pour ne pas voir les choses des grandes personnes. Elle ait que si on regarde ça va nous pousser à le faire aussi donc c'est comme si c'est interdit chez nous.

En résumé, outre le fait d'être perçus comme un risque d'infertilité, la prise des contraceptifs par les adolescentes est l'objet de réinterprétations sociales chez les parents. Ceux-ci sont perçus comme des facteurs qui poussent les adolescentes à la pratique de la sexualité et souvent de manière à risque. Selon eux, pourquoi des contraceptifs lorsqu'on n'entretient pas de relations sexuelles avec un homme ? Telle est la logique qui sous-tend les réactions des parents et par ailleurs exercent une pression sur les adolescentes. Fort de ces réinterprétations et réactions des parents, les adolescentes sont souvent animées par la peur et par conséquent n'ont pas recours aux SSR. Cette situation n'est pas sans conséquence. En effet, n'ayant pas recours aux SSR de peur des réactions des parents, certaines adolescentes contractent des grossesses non désirées ou précoce, ce qui les expose une fois de plus, à la pression des parents. Certaines se voient chassées du domicile familial. C'est le cas de **Lili**, une adolescente de l'aire sanitaire Botro, qui dit ceci : *Quand je suis tombée enceinte, mon papa dit de*

prendre mes bagages je vais aller chez celui qui a fait ça, qu'il ne peut pas s'en occuper.

En plus des perceptions et la pression des parents sur les adolescentes, la honte ressentie par celles-ci dans le recours aux SSR est un facteur limitant.

Honte ressentie par les adolescentes

La honte ressentie par plusieurs adolescentes est un frein à l'utilisation des SSR notamment les contraceptifs. Selon la majorité des adolescentes interviewées, il leur est difficile de se rendre au centre de santé pour demander des contraceptifs. Le faire constitue pour elles un dévoilement de leur sexualité à des personnes extérieures. En outre, elles redouteraient les jugements encourus en exposant ainsi leur sexualité. Nous en voulons pour preuve le propos de **Jad**, une adolescente de l'aire sanitaire de Béoumi, à cet effet : « *J'ai honte d'aller là-bas, je me dis que les gens vont me voir autrement. Vu que je suis encore petite pour ça, je ne peux y aller seule dès. J'ai vraiment honte* ».

En outre, lorsqu'elles sont atteintes d'une infection sexuellement transmissible, la honte éprouvée, les empêchent de recourir aux services de santé pour bénéficier de soins appropriés. Elles ont généralement recours au centre de santé en dernière intention et privilégient des soins à domicile à base d'autres solutions endogènes. Pour ce qui est des IST/MST, les résultats des enquêtes quantitatives montrent que sur un effectif de 341 adolescentes enquêtées, 112 soit 32,8% ont déjà contracté une IST/MST. Les types de IST/MST contractés sont les suivants :

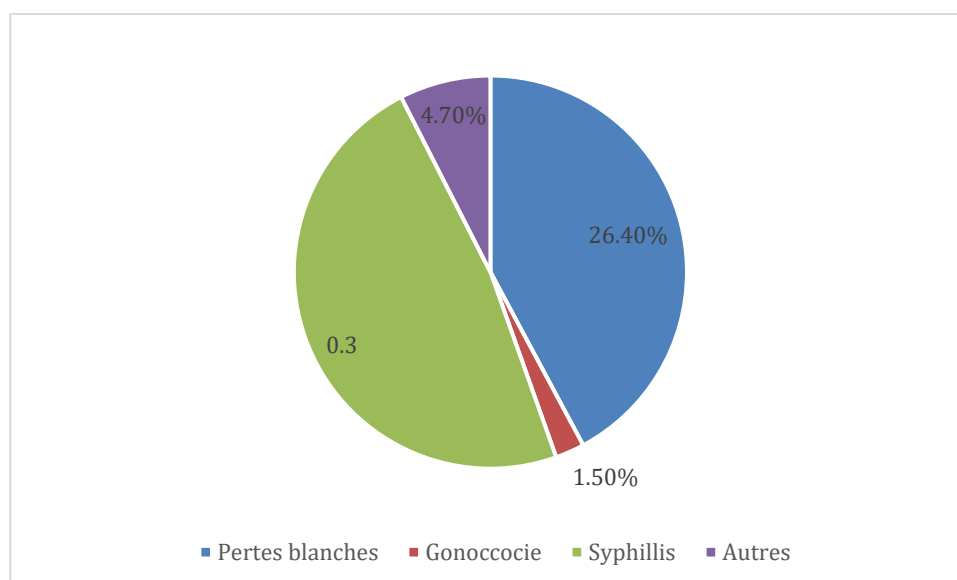


Figure 5 : IST/MST contractées par les adolescentes enquêtées (n=112)

Source : Données d'enquêtes, 2024

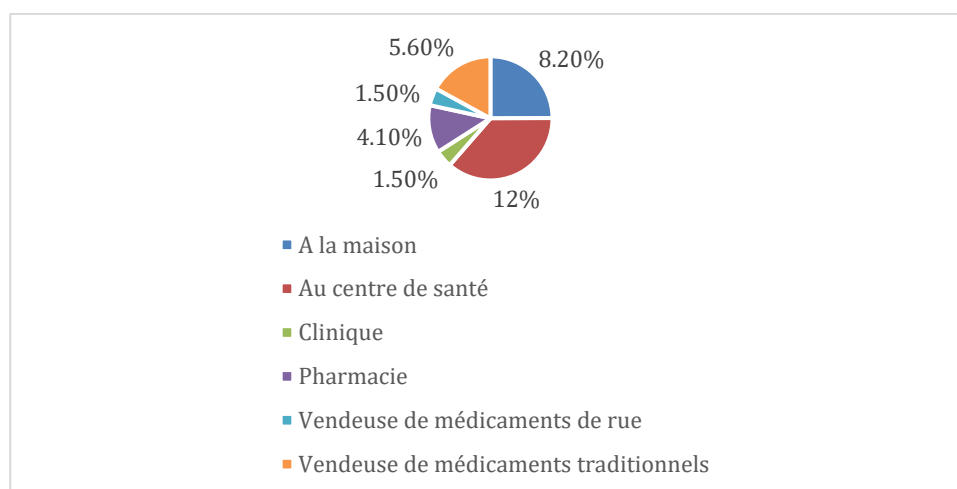
Ce graphique indique 26,4% des adolescentes ont été victimes de pertes blanches ; 1,5% de gonococcie et 0,3% des syphilis. Par ailleurs d'autres (4,7%) auraient été atteintes d'autres infections. Celles-ci se présentent comme suit :

Tableau 5 : Autres infections sexuelles contractées par les adolescentes (n=16)

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	325	95,3	95,3	95,3
Brûlures après urines	1	,3	,3	95,6
Démangeaisons	8	2,3	2,3	97,9
Démangeaisons plus odeur	1	,3	,3	98,2
Des boutons plus pertes blanches	1	,3	,3	98,5
Des brûlures	1	,3	,3	98,8
Des démangeaisons	1	,3	,3	99,1
Des plaies qui démangent	1	,3	,3	99,4
Douleur lorsque j'urine	1	,3	,3	99,7
Plaie plus démangeaisons	1	,3	,3	100,0
Total	341	100,0	100,0	

Source : Données d'enquêtes, 2024.

Pour se faire soigner, les adolescentes ayant contracté des IST/MST ont eu recours à différents lieux de soins. La honte ayant influencé le choix de nombreuses parmi elles. « *Je ne peux y aller seule, c'est ma maman qui m'a accompagné* », nous disait Jad. Une déclaration qui met en exergue toute la gêne éprouvée par cette adolescente pour se rendre au centre de santé. Les résultats de l'enquête quantitative indiquent que 12% des adolescentes atteintes d'IST/MST ont eu recours au centre de santé, 8,2% aux soins à domicile, 5,6% aux vendeuses de médicaments traditionnels, 4,1% à la pharmacie, 1,5% aux vendeuses de médicaments de rue et 1,5% à une clinique (voir figure 4).

**Figure 6 : Lieux de soins des adolescentes atteintes d'IST/MST (n=112)**

Source : Données d'enquêtes, 2024.

La honte constitue une barrière psychologique et sociale majeure qui empêche plus les adolescentes de recourir aux services de santé sexuelle et reproductive dans les zones vulnérables dans la région du Gbêkê. Cette honte a des répercussions ou implications négatives sur leur prise de décision et leur état de santé, car les exposant au risque de contracter des IST/MST.

Confiance et leadership des partenaires sexuels

Le pouvoir des partenaires sexuels des adolescentes et la confiance placée en eux, jouent un rôle important dans la vulnérabilité des adolescentes face aux IST et aux autres problèmes de santé sexuelle et reproductive tels que les grossesses précoces. Le plus souvent, ces adolescentes ont tendance à sous-estimer les risques liés à leurs partenaires, leur vouant une confiance indéfectible, surtout lorsqu'elles pensent mieux les connaître ou que ces partenaires sont perçus comme des hommes fidèles. Cette

confiance doublée du leadership de leurs partenaires suffit pour qu'elles se soumettent aux décisions de leurs partenaires en acceptant d'avoir des rapports sexuels non protégés. **Elo**, une adolescente de l'aire sanitaire de Nimbo, n'en dit pas moins à travers son propos ci-après :

Tantie, c'est lorsque j'étais avec mon l'autre chéri là qu'on utilisait capote par moment, mais ça fait presque deux ans que je n'utilise plus car mon chéri n'aime pas. C'est lui qui fait tout pour moi donc on fait ce qu'il demande. Il dit qu'il n'aime pas du tout l'huile qui est dessus là. Comme il y a longtemps que nous sommes ensemble donc ça ne me dit rien.

Les résultats de l'enquête quantitative corroborent ces analyses. Des raisons qui justifient la non utilisation des SSR tels que le préservatif, la décision des partenaires y occupe une place. En effet, 13,8% soit 47 sur 341 adolescentes déclarent que leurs partenaires sexuels refusent le préservatif car disent-elles, selon eux « *ça réduit le plaisir et ça blesse* ».

Après analyse, nous retenons que le leadership des partenaires sexuels et la confiance dont ils bénéficient des adolescentes est un facteur clé du faible recours des adolescentes aux SSR.

En synthèse, il y a donc un enchevêtrement d'obstacles socio-culturels qui influencent considérablement le recours et l'accès des adolescentes aux SSR dans les zones d'étude, dans la région sanitaire du Gbêkê. Qu'en est-il des obstacles structurels ?

3.2.2. Obstacles structurels

Deux catégories d'obstacles structurels ont été relevés par les résultats de l'étude. Il s'agit de l'indisponibilité des SSR au sein des centres de santé et le manque de confiance des adolescentes face aux personnels de santé.

Indisponibilité des SSR dans les centres de santé

Pour ce qui est de l'indisponibilité des Services de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR), les résultats de cette étude montrent que celle-ci constitue un véritable problème dans les zones vulnérables de la région sanitaire du Gbêkê. On y note un manque d'infrastructures adéquates, une insuffisance du personnel formé, ainsi que la rareté des produits et services spécifiques aux besoins des adolescentes qui persistent dans les centres. Cela est soutenu par **Vigo**, l'un des prestataires de soins enquêtés dans l'aire sanitaire de Srambodossou, en ces termes :

Disons que dans les villages et surtout dans les zones les plus vulnérables, il y a trop d'insuffisances. Nous prenons le cas de chez nous ici, au niveau du personnel il n'y a qu'une seule sage-femme, un infirmier, un médecin pour plus de combien de village c'est insuffisant. Il y a toujours un manque dans nos centres de santé, en produit comme toutes autres choses et cela complique les beaucoup. Parfois pour les adolescentes qui font l'effort de venir une fois ici soit il n'y a plus de produit ça peut être comme ça pendant quelque mois.

En somme, dans de la région du Gbêkê, l'indisponibilité des SSR limite l'accès des adolescentes à des soins appropriés et cela augmente leur exposition aux IST/MST. Mais, en plus de l'indisponibilité des SSR, il existe un facteur important que dévoilent les données qualitatives. Il s'agit du manque de confiance des adolescentes face au personnel de santé et à la communauté.

Manque de confiance face au personnel de santé et la communauté

Les analyses montrent qu'il se pose un problème de confiance dans la relation entre les adolescentes et le personnel de santé et la communauté. D'abord, les adolescentes expriment aussi une méfiance envers les prestataires. Certains prestataires ne respecteraient pas le principe de la confidentialité et divulgueraient des informations sur les patients dans le village. De peur donc d'être exposées et d'être l'objet de regards indiscrets dans le village, certaines adolescentes hésitent donc à se rendre au centre

santé. Cela nous a été expliqué par **Josie**, une adolescente de l'aire sanitaire de Botro, cette réalité comme suit :

Tantie, chez nous au village ici là tu ne peux pas faire confiance, pas ce qu'il y a un monsieur ici là, quand tu arrives tu expliques ton problème tu vas toutes entendre dans le village, tout le monde saura que tu es venu à l'hôpital. Même si c'est pour une simple maladie ils trouveront quelque chose à dire. C'est ce qui fait que nous les jeunes filles du village nous ne venons pas trop comme ça là.

Le propos ci-avant témoigne effectivement du manque de confiance des adolescentes face au personnel de santé. Certains d'entre eux diffuseraient les informations sanitaires à caractère secrètes sur leurs patients dans la communauté, au mépris des dispositions éthiques. On comprend donc que le recours aux SSR par les adolescentes n'est pas seulement influencé par des facteurs ou endogènes mais également par des facteurs exogènes résultant du manque de probité éthique des prestataires de soins.

3.2.3. Obstacles économiques

Les obstacles économiques sont de deux ordres. Nous avons d'une part la précarité financière des adolescentes et leur dépendance financière vis-à-vis des partenaires.

Précarité financière des adolescentes

Le chômage et la pauvreté sont des causes majeures qui poussent les adolescentes à négliger les SSR et à adopter des comportements à risque, parfois par nécessité économique. C'est par exemple le cas des relations sexuelles transactionnelles ou la prostitution qu'elles entretiennent. Cette situation de pauvreté constitue un facteur augmentant le taux de vulnérabilité des adolescentes face aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ou maladies sexuellement transmissibles (MST). En outre, cela entraîne parfois les grossesses non désirées, souvent l'abandon scolaire. Le propos ci-après de **Viki**, une adolescente de l'aire sanitaire de Srambodossou, est révélateur de cette analyse :

Moi je parlais à l'école mais l'année passée lorsque j'ai pris la grossesse c'est ça j'ai arrêté un peu. On nous dit de ne pas chercher garçon pourtant le matin tu as faim tu n'as personne pour te donner de l'argent comment tu vas faire ? Moi je ne suis pas d'accord, tu vois tes camarades elles ont tout et puis toi tu n'as rien. C'est moi qui paye ma pommade, mon caleçon et tous les parents ton mis au monde ces fini c'est toi qui dois faire tout ça. Donc si tu es avec 2 ou 3 lui là te donne un peut et l'autre aussi. Il arrive par moment même où ce sont les parents même quoi te disent va chez ton gars dès que tes seins sortent net c'est fini pour eux, on te dit que tu es grande il faut te chercher, donc c'est compliquer.

La pauvreté, les pressions sociales augmentent l'exposition des adolescentes aux risques. Cette situation nécessite des interventions intégrées combinant lutte contre la pauvreté, une éducation sexuelle, et une amélioration de l'accès aux soins et une promotion de l'autonomisation économique des jeunes filles. L'absence de tous ces facteurs soumettent les adolescentes à la précarité et les rendent financièrement dépendantes de leurs partenaires sexuels. Cette dépendance les rend vulnérables et dans leur quête de survie, elles ne disposent pas de la plénitude de leur décision en matière de recours aux SSR, ce qui les expose aux risques d'IST/MST.

Dépendance financière des adolescentes de leurs partenaires et implications

Fort de la précarité financière qui les caractérise, les adolescentes font face à des pressions, à la domination de leurs partenaires. Ceux-ci influencent fortement leurs choix et comportements en matière de sexualité. Cette influence est manifestée souvent par un manque de pouvoir décisionnel des adolescentes. Ce manque rend les adolescentes plus vulnérables aux risques sanitaires et sociaux comme les grossesses précoces, les infections sexuellement transmissibles et la stigmatisation sociale. En témoigne **Béa**, une adolescente de l'aire sanitaire de Belleville :

Depuis un moment mes parents ne font plus rien pour moi, je suis livrée à moi-même. Même l'année partait à l'école c'est mon copain qui fait tout pour moi jusqu'aujourd'hui hein. Ma pommade c'est lui, mon savon aussi même lorsque je tombe malade c'est lui qui me donne l'argent pour aller à l'hôpital donc je fais tout ce qu'il me demande.

Les adolescentes des zones vulnérables de la région du Gbêkê subissent une forte influence dominante venant de leurs partenaires sexuels. Cette influence les expose à divers risques sanitaires et sociaux.

Tous les obstacles à l'accès aux SSR identifiés démontrent la gravité de la situation des droits sexuels et reproductifs des adolescentes dans la région sanitaire du Gbêkê, notamment au sein des aires sanitaires vulnérables enquêtées.

4. Discussion

L'accès des adolescentes aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) constitue une problématique majeure dans les zones vulnérables de la région sanitaire du Gbêkê. Nos travaux de recherche mettent en exergue un faible recours des adolescentes aux SSR dans les zones d'étude, dans la région sanitaire du Gbêkê. Dans l'ensemble, sur un échantillon total de 341 adolescentes enquêtées, très peu ont recours aux SSR, notamment le préservatif (23,8%) l'implant (18,2%) l'injectable (8,2%) la pilule (6,2%) le gel lubrifiant (5%). Ces résultats indiquent bien que la situation de l'utilisation des SSR par les adolescentes est très précaire dans ces zones, en dépit de l'existence de structures sanitaires. Plusieurs facteurs expliquent cette situation.

D'abord, nous avons des obstacles socio-culturels qui limitent l'accès ou empêchent les adolescentes à avoir recours aux SSR. Les obstacles mis en exergue par nos recherches sont les perceptions des SSR, les pressions des parents sur les adolescentes, la honte ressentie par les adolescentes et la confiance et leadership des partenaires sexuels. On note que les SSR notamment les contraceptifs dont l'utilisation par les adolescentes comporterait des risques d'infertilité, selon les communautés. Pour ce faire, les parents ont donc regard, un contrôle sur la vie sexuelle et reproductive de leurs filles adolescentes. Un regard qui se traduit par une pression exercée sur celles-ci. En outre, en ce qui concerne la honte, on retient qu'elle limite le recours des adolescentes aux centres de santé pour s'approvisionner en SSR mais également pour se faire soigner en cas de contraction d'une IST/MST. Pour ce qui est du leadership des partenaires sexuels, les résultats indiquent les adolescentes sont victime de l'ascendance qu'ont leurs partenaires sur elles. La prise de décision est l'affaire des partenaires sexuels, une position forte acquise en raison de la confiance totale à eux accordée par ces jeunes filles d'une part et d'autre part du fait qu'ils sont les pourvoyeurs de leurs besoins financiers. La dépendance financière des adolescentes vis-à-vis de leurs partenaires sexuels les rend vulnérables et les soumet à leur dictat.

Ensuite, nous avons les obstacles structurels qui limitent l'accès aux SSR chez les adolescentes. Ceux-ci sont entre autres, l'indisponibilité des SSR dans les centres de santé et le manque de confiance face au personnel de santé et la communauté. Dans les centres de santé des aires sanitaires enquêtées, la recherche montre qu'il y a une faible voire une indisponibilité des SSR, même si les adolescentes n'y ont pas vraiment recours. Outre, il ressort que les adolescentes manquent de confiance envers le personnel de santé. Certains membres du personnel de santé exposeraient leurs patients dans la communauté en divulguant des informations qui, normalement, devraient rester confidentielles. Ce manque de confiance dévoile ainsi une crise de l'éthique médicale dont l'un des principes est la confidentialité.

Enfin, nous avons les obstacles économiques. Ceux-ci sont en lien avec la précarité financière des adolescentes et de ses implications sanitaires sur les adolescentes. En l'absence d'activités génératrices de revenus, les adolescentes dépendent exclusivement de leurs partenaires sexuels. Cette dépendance entraîne également la multiplicité des partenaires sexuels chez les adolescentes, des comportements sexuels qui les exposent à des problèmes de santé sexuelle et reproductive.

En clair, il y a un enchevêtrement de facteurs socioculturels, structurels et économiques qui limitent l'accès et l'utilisation des SSR chez les adolescentes des zones d'étude. Des études antérieures permettent d'étayer les résultats de nos recherches. Au niveau du recours aux SSR, une étude de l'UNFPA (2020) a révélé que malgré l'existence des structures telles que les Services de Santé Universitaires-Santé Adolescents et Jeunes (SSU-SAJ) par exemple, la fréquentation de ces services par les adolescentes reste très faible. En effet, cette situation est liée à plusieurs facteurs tels que le manque de connaissance, de la stigmatisation sociale, et de la peur associée à l'utilisation de ces services. Chandra-Mouli et al. (2015), quant à eux, justifient la faible fréquentation des SSR par le fait que les adolescents ignorent souvent comment et à quel moment faire recours aux SSR et que les barrières socioculturelles, notamment la honte et la peur du jugement, limitent ces recours aux soins. Selon une étude réalisée par Solthis, (2022), ces obstacles existent plus fréquemment dans les zones vulnérables d'où les infrastructures sanitaires sont insuffisantes et où les normes sociales également peuvent être particulièrement restrictives. C'est bien le cas des aires sanitaires où nos travaux de recherche ont été effectuées. Au regard de ces études, l'on retient que l'exposition des adolescentes aux infections sexuellement transmissibles (IST) et aux grossesses non désirées est totalement liée à cette faible utilisation des services adaptés, du fait des nombreuses barrières existantes.

Par ailleurs, cette situation n'est pas spécifique à la Côte d'Ivoire ou à la région sanitaire du Gbêkê en particulier. En effet, des études menées ailleurs dans d'autres pays le démontrent. C'est le cas des travaux de Sawadogo et al. (2018), réalisés au Burkina Faso plus précisément à Ouagadougou. Ces travaux montrent que la sexualité précoce, le faible usage des méthodes contraceptives modernes, et le recours limité aux services de SSR sont les facteurs qui exposent les adolescentes à des risques élevés d'IST, de grossesses précoces et d'avortements à risque. En outre, selon WHO (2019), le préservatif reste la méthode contraceptive la plus utilisée, mais son usage reste insuffisant pour réduire significativement ces risques. Cette réalité dépeinte par WHO (idem) est soutenue par l'UNFPA Muskoka (2023) selon qui « *les crises politico-militaires et les contextes de vulnérabilité sociale, comme observé à Bouaké et dans la région du Gbêkê, aggravent la situation en limitant l'accès aux soins et en augmentant les comportements sexuels à risque* ».

En dehors du faible recours des adolescentes aux SSR, des facteurs explicatifs et des risques associés, les travaux antérieurs et les nôtres relèvent un facteur majeur d'ordre structurel à savoir le manque de confiance des adolescentes envers le personnel de santé. Un facteur qui appelle à garantir la confidentialité, l'accueil aimable, et les formations du personnel soignant pour une bonne réduction du taux de la stigmatisation dans les zones vulnérables (Chandra-Mouli et al. 2015). Pour réussir cela, les politiques nationales et les cadres législatifs jouent également y ont un rôle important à jouer dans nos pays. Dans plusieurs pays en Afrique de l'Ouest, des lois restrictives et des normes sociales limitent l'accès des adolescentes aux services de SSR, plus précisément en matière de contraception et de prévention des IST selon (UNFPA, 2020 ; Coordination SUD, 2023). Il est donc important d'engager des réformes législatives et des campagnes de sensibilisation pour lever ces obstacles. Dans une étude menée à Bouaké par l'UNFPA (2023) en Côte d'Ivoire, il ressort que les adolescentes parlent souvent de sexualité avec leurs pairs et utilisent internet pour s'informer, mais ces sources ne remplacent pas des services professionnels accessibles et adaptés. « dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, les adolescentes, en particulier les non-mariées, ont un accès limité aux contraceptifs via les services publics et se tournent souvent vers des sources informelles comme la famille ou les amis, ce qui peut compromettre la qualité et la continuité des soins » (Hellwig et Barros, 2023). Pour Jacot-Guillarmod et al. (2019), l'idée de l'utilisation des contraceptifs hormonaux chez les adolescentes est fortement influencée par des attitudes positives et un sentiment d'efficacité personnelle. De ce fait, il stipule que l'importance d'une éducation sexuelle complète et adaptée pourrait renforcer ces compétences.

La communication et l'éducation des adolescentes sur la santé sexuelle et reproductive sont des piliers essentiels pour l'amélioration des conditions de celles-ci. Mais en plus de ces piliers, notre recherche

montre qu'au regard de la précarité financière des adolescentes, des politiques d'encadrement et de financement d'activités génératrices de revenus sont nécessaires pour favoriser leur autonomisation financière, améliorer leur accès aux SSR et réduire leur exposition aux IST/MST dans les zones vulnérables.

5. Conclusion

L'accès des adolescentes aux services de santé sexuelle et reproductive reste toujours un défi dans les zones vulnérables avec des conséquences majeures sur la santé et l'avenir de celles-ci. Ce travail de recherche avait pour objectif de faire un diagnostic socio-anthropologique de l'accès des adolescentes aux Services de Santé Sexuelle et Reproductive et leur exposition aux IST/MST dans les zones vulnérables de la région sanitaire du Gbêkê. Il a permis, à travers des entretiens semi-structurés de type individuel (42) et de groupe (06) et l'administration directe d'un questionnaire à 337 adolescentes, de collecter un corpus de données dont le traitement et l'analyse nous ont permis de montrer que l'accès aux SSR chez les adolescentes est entravé par un ensemble enchevêtré de facteurs socio-culturels, structurels et économiques. Ces facteurs limitent le recours des adolescentes aux centres de santé non seulement pour obtenir des contraceptifs, mais surtout pour se faire soigner en cas d'IST/MST. Cette situation contribue à l'émergence de problèmes de santé sexuelle et reproductrice tels que les grossesses précoces, les avortements à risque et les infections sexuellement transmissibles. Autant de problèmes qui compromettent le bien-être des adolescentes dans nos sociétés. Cette recherche montre la nécessité d'éduquer les adolescentes et les communautés à l'utilisation des SSR et d'initier des programmes d'autonomisation financière par le financement d'activités génératrices de revenus. Cette approche associant l'éducation et autonomisation financière pourrait être bénéfique dans la mesure où elle permettra d'améliorer la situation de l'accès des adolescentes aux SSR et de réduire leur exposition aux IST/MST dans les zones vulnérables dans la région du Gbêkê. Toutefois, cela reste un défi à relever, dans la mesure où une approche systématique impliquant divers acteurs (leaders communautaires, professionnels de la santé, autorités locales administratives et financières, adolescentes, etc.) est nécessaire.

Source de financement

Les recherches présentées dans cette publication ont été soutenues par le Global Development Network (GDN) et l'Agence Française de Développement (AFD). Les opinions exprimées dans cet article ne reflètent pas nécessairement celles du GDN ou de l'AFD.

Remerciements

Nos remerciements aux partenaires financiers et techniques qui ont concouru à la réalisation de ce projet de recherche et à la publication de ce manuscrit. Ce sont :

- ☐ L'Agence Française de Développement, France ;
- ☐ Le Global Development Network, France ;
- ☐ Le Laboratoire de Recherche sur l'Innovation pour le Développement Agricole (LRIDA), Université de Parakou (UP), Bénin ;
- ☐ Le Centre de Recherche pour le Développement (CRD), Université Alassane Ouattara (UAO), Côte d'Ivoire ;
- ☐ L'Université de Goma (UNIGOM), République Démocratique du Congo ;
- ☐ Le Laboratoire de Géographie Humaine (LABOGEHU), Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD), Sénégal ;
- ☐ Le Laboratoire interdisciplinaire de recherches en sciences sociales (LIRSS) de l'Unité de formation et de recherche en Économie, Management et Ingénierie Juridique, Université Alioune Diop de Bambey, Sénégal.

Conflit of Intérêts

L'auteure déclare qu'il n'existe aucun conflit d'intérêts lié aux données et à la publication du présent manuscrit.

Références

- Chatot, F., & Foin, T. (2025). *Étude sur l'accès aux soins de santé reproductive chez les adolescentes au Tchad*. Groupe URD. <https://www.urd.org/fr/projet/etude-sur-lacces-aux-soins-de-sante-reproductive-et-les-pratiques-a-risque-chez-les-adolescentes-au-tchad/>
- Chatot, F., Foin, T., & Nadjiadoum, S. (2023). *Contraintes d'accès aux soins de santé reproductive chez les adolescents.es au Tchad*. <https://reliefweb.int/report/chad/contraintes-dacces-aux-soins-de-sante-reproductive-chez-les-adolescentes-au-tchad-2023>
- Chandra-Mouli, V., Lane, C., & Wong, S. (2015). "What does not work in adolescent sexual and reproductive health: A review of evidence on interventions commonly accepted as best practices". *Global Health: Science and Practice*, 3(3), 333-340. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00126>
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling Techniques*. 3rd Edition, John Wiley & Sons, New York.
- Coordination SUD. (2023). *Accès des adolescentes à la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'Ouest : défis et perspectives*. <https://www.coordinationsud.org/publication/acces-adolescentes-ssr-afrique-ouest/>
- Fonds Muskoka. (2025). *Stratégies régionales pour la santé reproductive des adolescents en Afrique de l'Ouest*. <https://ffmuskoka.org/sante-sexuelle-des-adolescents-et-des-jeunes/>
- Guimelli, C. (2009). « Les représentations sociales ». *La pensée sociale* (p. 63-78). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/la-pensee-sociale--9782130497776-page-63?lang=fr>.
- Hellwig, F., Barros, A.J.D. (2023). "What are the sources of contraceptives for married and unmarried adolescents: Health services or friends? Analysis of 59 low- and middle-income countries". *Front Public Health*. doi: 10.3389/fpubh.2023.1100129. PMID: 36815169; PMCID: PMC9939762.
- Keita, O. (2015). *Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes sur les IST/VIH à Bamako* [Thèse de médecine], Université de Bamako, Mali. <https://www.bibliosante.ml/bitstream/123456789/795/1/15M156.pdf>
- Jacot-Guillarmod, M., & Diserens, C. (2019). « Enjeux et défis Contraception chez les adolescentes ». *Enjeux et défis*, https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_CDC76E7EF36D.P001/REF.pdf
- Komboigo, B. E., Zamane, H., Sib, R. S., Kiemtore, S., Kain, P. D., Ouattara, A., Traore, F., & Thieba-Bonane, B. (2018). « Accès aux services de santé sexuelle et reproductive des adolescentes du secteur informel de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso ». *Journal de la SAGO*, 19(2), 36–40. <https://jsago.org/index.php/jsago/article/view/45/33>
- Koné, N. A., & Coulibaly, S. H. (2024). « Perceptions et accessibilité des adolescents et jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive dans la ville de Bouaké en Côte d'Ivoire ». *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*. 6(3), 138-153. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.10> ; <https://www.ajol.info/index.php/rasp/article/view/288080/271373>
- Laoubaou, A.N., Wyss K., Schwärzler P., Brigit Obrist, M.M.B. (2006). «Communication socioculturelle comme outil de prévention des maladies sexuellement transmissibles et le VIH chez les adolescents au Tchad», *Vertigo - la revue électronique en sciences de l'environnement* [Online], Hors-série 3 | <http://journals.openedition.org/vertigo/1852>; DOI: <https://doi.org/10.4000/vertigo.1852>
- Mbodj, F.L. (2015). « Vulnérabilités sociales et santé sexuelle : représentations, connaissances et comportements de jeunes à Nouméa », *Revue francophone sur la santé et les territoires*, Varia, <http://journals.openedition.org/rfst/478> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.478>
- Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. (2012). *Soins et traitement ARV au cours de*

- l'infection à VIH pour le personnel médical. Manuel de référence*, édition 2012. <https://www.pnlsoci.com/wp-content/uploads/2022/03/manuel-de-reference-vf-avril-2013-mac.pdf>
- OMS. (2021). *Avortement*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *Prévention des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents : lignes directrices*. Genève. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241550346>
- Woog, G.G.V., (2006). *Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso*. <https://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/or21.pdf>
- Solthis. (2022). *Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes dans les zones vulnérables : état des lieux et recommandations*. Disponible sur : <https://www.solthis.org/publication/sante-sexuelle-adolescents-jeunes/>
- UNFPA. (2020). *Rapport sur l'état de la population mondiale (2020) : Contre ma volonté – Mettre fin aux pratiques qui nuisent aux femmes et aux filles et compromettent l'égalité*. Disponible sur : <https://www.unfpa.org/fr/publications/rapport-sur-letat-de-la-population-mondiale-2020>
- UNFPA Côte d'Ivoire. (2023). *Accès des adolescentes aux services SSR dans la région du Gbêkê : Rapport d'étude*. Bouaké. Disponible sur : <https://cotedivoire.unfpa.org/fr/publications>
- UNFPA MUSKOKA. (2023). *Santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les contextes de crise en Afrique de l'Ouest*. Disponible sur : <https://wcaro.unfpa.org/fr/publications>
- UNICEF. (nd). *Analyse de la Situation des Enfants et des femmes en Côte d'Ivoire. Les adolescent(e)s et les jeunes*. Disponible sur : <https://www.unicef.org/cotedivoire/media/3106/file/Les>
- Ziemle, C, M. (2017). « Santé des adolescents et des jeunes au Burkina Faso : état des lieux et priorités ». Vol. 40, n° 1, *Science et technique, Sciences de la santé* https://www.researchgate.net/publication/318983156_Sante_des_adolescents_et_des_jeunes_au_Burkina_Faso_etat_des_lieux_et_priorites

© 2025 KOUADIO Lorraine Nadia, 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.